



ELAN MUTUEL
Notice d'information
Convention d'Assistance

ACA-SAN-CGE 06-0119

VOS CONDITIONS GÉNÉRALES

Votre contrat est régi par le Code des assurances, les présentes Conditions Générales et le Bulletin d'Adhésion.

Un document d'information présentant le produit d'assurance - ou DIP - vous a été remis lors de la souscription de votre contrat, afin de vous informer des principales garanties et exclusions de ce contrat.

N'oubliez pas que votre contrat a été établi sur vos déclarations en fonction de votre situation actuelle.

Vous devez nous informer de tout ce qui pourrait modifier vos déclarations initiales pour que votre contrat soit toujours adapté à votre situation.

Votre contrat est un contrat d'assurance Complémentaire Santé individuel.

Pour les Travailleurs Non-Salariés (TNS), le contrat d'assurance Complémentaire Santé est un contrat collectif N°1008 à adhésion facultative conclu par :

Le souscripteur du contrat collectif : l'Association de Prévoyance Collective et d'Assurance Santé - « APCAS » association régie par la loi du 1er juillet 1901- ayant son siège social situé à Saint Herblain – 2, rue Vasco de Gama – 44931 Nantes cedex 9, - agissant pour le compte de ses adhérents auprès de l'assureur.

L'assureur : Suravenir Assurances, entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme au capital entièrement libéré de 38 265 920 € ayant son siège social situé à 2, rue Vasco de Gama – 44800 Saint Herblain, immatriculée au RCS de Nantes sous le n°343 142 659. Société soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

SOMMAIRE

1. TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES	5
2. VOTRE CONTRAT	7
2.1 Cadre juridique.....	7
2.2 L'objet du contrat	7
2.3 Les assurés.....	7
2.4 Étendue territoriale.....	7
2.5 Fonctionnement des garanties	8
2.6 Les limitations de garanties	8
2.7 Vos garanties	8
2.8 Aides auditives.....	10
2.9 Les remboursements	11
2.10 Le réseau de soins SANTÉCLAIR	11
2.11 Les exclusions	11
3 LA VIE DE VOTRE CONTRAT	12
3.1 La prise d'effet et la durée de vos garanties	12
3.2 Vos déclarations	12
3.3 Votre cotisation	12
3.4 La modification de votre contrat.....	13
3.5 La résiliation.....	13
3.6 Les dispositions diverses	14
4 LA CONVENTION D'ASSISTANCE	17
4.1 Domaine d'application.....	17
4.2 Service d'information et de soutien par téléphone	21
4.3 Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation, de maternité, d'immobilisation, de traitement anticancéreux	22
4.4 Prestations complémentaires en soutien à la maternité et parentalité	26
4.5 Prestations d'assistance complémentaires et spécifiques aux aidants	26
4.6 Prestations d'assistance à l'étranger	27
4.7 Cadre juridique.....	29

DEFINITIONS

ADHÉRENT	La personne qui signe le Bulletin d'Adhésion.
AN	S'entend par année civile.
APPAREILLAGE	Petits et grands appareillages inscrits sur la « liste des produits et prestations » définis par le Code de la Sécurité sociale.
ASSISTEUR	Société assurant et réalisant les prestations d'assistance. Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, union technique d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin – CS 32427 - 44124Vertou cedex.
ASSURÉ	Toute personne couverte par le contrat et désignée sur le Bulletin d'Adhésion.
ASSUREUR	Se reporter à la définition « nous ».
AUXILIAIRE MÉDICAL	Toutes les professions définies dans le Code de la santé publique comme auxiliaire médical, et notamment les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes.
AYANT DROIT	L'ayant droit (enfant, conjoint, autre) est une personne qui ne peut pas bénéficier à titre personnel des prestations de l'Assurance Maladie. Elle est obligatoirement rattachée à une personne désignée comme ouvrant droit. Les ayants droit de plus de 16 ans sont détenteurs de leur propre carte Vitale.
BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS)	Tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements.
CONJOINT	On entend par conjoint : - l'époux(se) non divorcé(e), - le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), - le concubin de l'adhérent.
DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES	Partie des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
DISPOSITIF 100% SANTÉ	Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certains équipements optiques, auditifs et de prothèses dentaires, intégralement remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire et les contrats de complémentaire santé, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés dans les conditions du dispositif « 100% Santé ». Ce dispositif s'échelonne dans le temps à partir du 01/01/2020. Les garanties et niveaux de remboursements évolueront selon le calendrier défini par la réglementation, en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.
DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (DPTAM)	Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO pour les Chirurgiens et Obstétriciens) sont des dispositifs qui engagent les médecins signataires à limiter leurs dépassements d'honoraires.
ENFANTS	Sont considérés comme tels les enfants de moins de 26 ans, à charge fiscalement de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou de son concubin.
FORFAIT HOSPITALIER	Il représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24h dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie. Ce forfait n'est pas pris en charge par les organismes d'Assurance Maladie.
FRANCHISES MÉDICALES	Il s'agit d'une somme qui est déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Son montant est de : <ul style="list-style-type: none">o 0,50 € par boîte de médicaments ;o 0,50 € par acte paramédical ;o 2 € par transport sanitaire. La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4€ par jour pour les transports sanitaires.

Ne sont pas concernés :

- les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;
- les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, Complémentaire santé solidaire avec participation financière ou de l'Aide Médicale de l'État (AME) ;
- les femmes enceintes à partir du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement ;
- les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence ;
- les victimes d'un acte de terrorisme, pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Ces franchises ne sont pas prises en charge dans le contrat

HOSPITALISATION

Tout séjour effectué sous surveillance médicale dans un centre hospitalier, une clinique ou un centre agréé, ainsi que toute hospitalisation à domicile (HAD) ayant donné lieu à une facturation établie par l'établissement hospitalier

Est également considérée comme une hospitalisation :

- l'hospitalisation en ambulatoire, c'est-à-dire toute hospitalisation de moins de 24h sans hébergement de nuit qu'elle soit prévue ou imprévue, ayant généré un bulletin de situation,
- l'hospitalisation en urgence dûment justifiée.

NOUS

Nom et adresse de assureur : Suravenir Assurances, entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme au capital entièrement libéré de 38 265 920 € ayant son siège situé à 2, rue Vasco de Gama – Saint-Herblain, immatriculée au RCS de Nantes sous le n°343 142 659.

Société soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (APCR) située 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Distributeur : Media Courtage, société par actions simplifiées au capital de 1 290 000 €, courtier en assurance inscrit au registre de l'ORIAS sous le numéro 10.058.534. Siège social : ZI Kerscao – Rue Jean Fourastié – 29480 Le Relecq-Kerhuon - 524 259 975 R.C.S. BREST - Siret n°524 259 975 00018.

OUVRANT DROIT

L'ouvrant droit est la personne assujettie à titre personnel et obligatoire à un régime d'Assurance Maladie.

PARCOURS DE SOINS COORDONNES

Tous les bénéficiaires d'une couverture maladie sont invités, à partir de 16 ans, à choisir un médecin traitant qui leur permet de s'inscrire dans le parcours de soins coordonnés. Ce parcours tend à rationaliser les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré. Le respect de ce dispositif par l'assuré conditionne la prise en charge normale de ses dépenses de santé par l'Assurance Maladie. Dans le cas contraire, une charge supplémentaire sera appliquée sur les remboursements de la Sécurité sociale (hors cas d'orientation vers un médecin correspondant ou accès directs autorisés à certains spécialistes).

PARTICIPATION FORFAITAIRE La participation forfaitaire de 1€ est laissée à la charge de l'assuré, pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants* de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à compter du 6^{ème} mois de grossesse, et jusqu'au 12^{ème} jour qui suit l'accouchement,
- et les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, Complémentaire santé solidaire avec participation financière ou de l'Aide Médicale de l'État (AME).

La participation est plafonnée à 4€ par jour, par assuré pour un même professionnel de santé, dans la limite de 50 € par année civile et par assuré.

La participation forfaitaire n'est pas prise en charge par le présent contrat

RÉGIME OBLIGATOIRE

Le régime légal d'Assurance Maladie auprès duquel vous êtes affilié (notamment, le régime général, le régime agricole ou le régime social des indépendants).

SOINS COURANTS

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors d'une hospitalisation ou d'un hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

TICKET MODÉRATEUR

Montant des dépenses de santé restant à votre charge après remboursement de l'Assurance Maladie. Ce montant peut être pris en charge par votre contrat.

TIERS PAYANT

Convention permettant à l'assuré de ne pas avancer ses frais de santé. L'Assurance Maladie et/ou la mutuelle paie directement le pharmacien, le praticien ou l'établissement de soins.

VOUS

Se reporter à la définition « assuré ».

1. TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES

Trois formules de garanties vous sont proposées : Budget, Équilibre et Confort.

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement appliqués par l'assureur aux dépenses de santé effectuées par l'assuré.

Les garanties libellées en pourcentage au sein du tableau sont exprimées par rapport à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). Elles comprennent le remboursement de l'Assurance Maladie et celui correspondant à votre formule de garanties. Les forfaits et plafonds sont exprimés par année d'adhésion et par assuré : ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ils sont effectués dans la limite des frais engagés et sont conformes aux dispositions des contrats responsables.

Certaines prestations sont remboursées aux frais réels : dans ce cas le remboursement intervient dans la limite des dépenses réellement engagées.

GARANTIES (par assuré)	BUDGET	EQUILIBRE	CONFORT
HOSPITALISATION ⁽¹⁾			
Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires			
Soins et honoraires Médecins adhérents au DPTAM ⁽²⁾	100 %	100 %	150 %
Soins et honoraires Médecins non adhérents au DPTAM ⁽²⁾	100 %	100 %	130 %
Autres prestations			
Chambre particulière	-	-	50 €/ jour
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %
Transport	100 %	100 %	100 %
Les + Hospi			
Lit accompagnant enfant à charge de - de 16 ans Frais annexes (tv, tel, journaux, wifi) Frais ambulatoire	-	-	15 €/ jour
Assistance			
En cas de maladie, d'accident ou de maternité	-	-	Oui
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations de généralistes et de spécialistes Médecins adhérents au DPTAM ⁽²⁾	100 %	100 %	150 %
Consultations de généralistes et de spécialistes Médecins non adhérents au DPTAM ⁽²⁾	100 %	100 %	130 %
Radiologie, échographie Médecins adhérents au DPTAM ⁽²⁾	100 %	100 %	150 %
Radiologie, échographie Médecins non adhérents au DPTAM ⁽²⁾	100 %	100 %	130 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	150 %
Médicaments			
Pharmacie	100 %	100 %	100 %
Automédication	-	-	15 €/ an
Matériel médical			
Appareillages	100 %	100 %	100 %
AUTRES PRESTATIONS			
Cure thermique acceptée par l'Assurance Maladie	-	-	100 %
Prévention			
Patch anti tabac, vaccin anti grippe, contraception	20 €/ an	20 €/ an	50 €/ an
Actes de prévention pris en charge par l'Assurance Maladie	100 %	100 %	100 %
LES +			
Ostéopathie, chiropractie, étioopathie, diététicien	-	-	60 €/ an
Forfait naissance	150 €	150 €	150 €
DENTAIRE ⁽⁴⁾			
Soins dentaires	100 %	150 %	150 %
Prothèses dentaires 100 % Santé	Remboursement intégral Reste à charge = 0	Remboursement intégral Reste à charge = 0	Remboursement intégral Reste à charge = 0
Prothèses dentaires			
Tarifs maîtrisés et libres	100 %	200 %	200 %
Prothèses dentaires et implants dentaires non remboursés par l'Assurance Maladie (hors prothèses provisoires)	-	150 €/ an	150 €/ an
Autres prestations			
Orthodontie remboursée par l'Assurance Maladie	100 %	200 %	200 %

GARANTIES (par assuré)	BUDGET	EQUILIBRE	CONFORT
OPTIQUE ⁽⁵⁾			
Équipements 100 % Santé Verres + monture	Remboursement intégral Reste à charge = 0	Remboursement intégral Reste à charge = 0	Remboursement intégral Reste à charge = 0
Équipements aux tarifs libres Verres + monture			
2 verres simples (verres a) ⁽⁶⁾	50 €	150 €	150 €
1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (verres a + c ou verres a + f) ⁽⁷⁾	125 €	200 €	200 €
2 verres complexes ou très complexes 1 verre complexe + 1 verre très complexe (verres c ou f ou verres c + f) ⁽⁸⁾	200 €	250 €	250 €
Équipements mixtes			
Une monture au tarif libre associée aux verres 100 % Santé			
Monture	100 %	50 €	50 €
Verres	Remboursement intégral Reste à charge = 0	Remboursement intégral Reste à charge = 0	Remboursement intégral Reste à charge = 0
Équipements mixtes			
Verres aux tarifs libres associés à une monture 100 % Santé			
Monture	Remboursement intégral Reste à charge = 0	Remboursement intégral Reste à charge = 0	Remboursement intégral Reste à charge = 0
2 verres simples (verres a) ⁽⁶⁾	50 €	150 €	150 €
1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (verres a + c ou verres a + f) ⁽⁷⁾	125 €	200 €	200 €
2 verres complexes ou très complexes 1 verre complexe + 1 verre très complexe (verres c ou f ou verres c + f) ⁽⁸⁾	200 €	250 €	250 €
Autres prestations			
Lentilles remboursées ⁽⁹⁾ ou non par l'Assurance Maladie - Opération de la myopie	100 % + 50 €/ an	100 % + 150 €/ an	100 % + 150 €/ an
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁰⁾			
Prestations assurées jusqu'au 31/12/2020			
Prothèses auditives	100 %	100 %	100 %
Prestations assurées à partir du 01/01/2021			
Équipements 100 % Santé	Remboursement intégral Reste à charge = 0	Remboursement intégral Reste à charge = 0	Remboursement intégral Reste à charge = 0
Équipements aux tarifs libres	100 %	100 %	100 %

Les garanties s'appliquent dans les conditions, limites et exclusions des Conditions Générales du contrat et du bulletin d'adhésion souscrits.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale et sont effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme d'assurance maladie. Ils ne peuvent en aucun cas excéder le montant des dépenses engagées. Les forfaits et plafonds sont exprimés par année d'adhésion et par assuré et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Cette offre s'inscrit dans le cadre législatif et réglementaire des contrats dits « solidaires » et « responsables » tel que détaillé dans les Conditions Générales.

⁽¹⁾ En cas d'hospitalisation dans des centres ou unités spécialisés, seuls le ticket modérateur et le forfait hospitalier sont couverts. Le forfait les + Hospi est pris en charge pour une durée de 30 jours. La chambre particulière est exclue.

⁽²⁾ Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées : Sont visées, les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM-OPTAMCO). Les médecins adhérant à ces options s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires. Pour connaître les médecins adhérant à un DPTAM, vous pouvez consulter le site annuaire.sante.ameli.fr.

⁽³⁾ Frais réels limités au forfait en vigueur.

⁽⁴⁾ Les prothèses dentaires 100 % Santé seront intégralement remboursées sous déduction du remboursement du régime obligatoire et dans la limite des prix de vente. Les prothèses dentaires aux tarifs maîtrisés et libres seront remboursées sous déduction du remboursement du régime obligatoire et dans la limite des garanties souscrites.

⁽⁵⁾ Les équipements 100 % Santé seront intégralement remboursés sous déduction du remboursement du régime obligatoire et dans la limite des prix limites de vente. Le prix limite de vente de la monture est plafonné à 30 euros. Les équipements aux tarifs libres seront remboursés sous déduction du remboursement du régime obligatoire et dans les limites des garanties souscrites. Le remboursement de la monture est plafonné à 100 euros. Les équipements mixtes seront remboursés dans les mêmes conditions de prise en charge que les équipements 100 % Santé et équipements aux tarifs libres.

Dans tous les cas, le renouvellement de l'équipement est possible par période de 2 ans sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou évolution de la vue.

⁽⁶⁾ Verres a (simples) : dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

⁽⁷⁾ Verres c (complexes) : dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

⁽⁸⁾ Verres f (très complexes) : dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

⁽⁹⁾ Au-delà du forfait, prise en charge du ticket modérateur.

⁽¹⁰⁾ Les équipements 100 % santé seront intégralement remboursés sous déduction du remboursement du régime obligatoire et dans la limite des prix de vente. Les équipements aux tarifs libres seront remboursés sous déduction du remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 1700 €/ oreille. Dans tous les cas, le renouvellement des équipements est possible par période de 4 ans.

2. VOTRE CONTRAT

2.1. Cadre juridique

Votre contrat Elan Mutuelle est soumis à la législation française et notamment au Code des assurances.

Le contrat s'inscrit dans le cadre législatif et réglementaire des contrats dits « **solidaires** » et « **responsables** ». À ce titre il répond à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale et au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 relatif à la réforme « 100% Santé » visant à garantir un remboursement intégral pour certains équipements optiques, aides auditives et dentaires.

Les garanties du contrat sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la souscription.

Elles seront automatiquement revues en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats dits « solidaires » et « responsables » de sorte que le présent contrat réponde toujours aux conditions concernant les contrats dits solidaires et responsables

Les modifications sont portées à la connaissance de l'adhérent qui conserve la possibilité de résilier son contrat.

Votre contrat est constitué des documents suivants :

Le Bulletin d'Adhésion

Il est établi selon les informations que vous avez déclarées et précise les dispositions propres à votre contrat :

- la date d'effet,
- les personnes assurées au contrat,
- les garanties choisies,
- les clauses applicables,
- la cotisation et l'échéancier.

Les Conditions Générales

Ce document contient toutes les informations concernant votre contrat, à savoir :

- les définitions et limites de garanties,
- les exclusions,
- les droits et obligations de chacun,
- les dispositions légales,
- la convention d'assistance.

2.2. L'objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement, au profit des personnes assurées définies sur le Bulletin d'Adhésion, de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité survenus pendant la période d'adhésion, ainsi que de certains frais de santé non pris en charge par votre Régime Obligatoire de l'Assurance Maladie. Ces frais sont pris en charge, dans les limites prévues au tableau de garanties qui vous a été remis.

2.3. Les assurés

Votre contrat santé permet d'assurer les personnes physiques, bénéficiant d'un Régime Obligatoire de l'Assurance Maladie et désignées sur le Bulletin d'Adhésion.

Ces personnes désignées peuvent être :

- l'adhérent, assujéti à un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie,
- le conjoint, partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou concubin de l'adhérent, (assujéti à titre d'ouvrant droit ou d'ayant droit),
- les enfants, âgés de moins de 26 ans et les autres ayants droit (adultes à charge) de l'adhérent ou de son conjoint, de son partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou de son concubin.

Un ayant droit est rattaché à un ouvrant droit, en fonction des indications portées sur la carte d'assuré social. **L'ensemble des ayants droit d'un assuré inscrit sur le bulletin d'adhésion doit bénéficier de la même formule de garantie.**

L'adhérent est la personne qui signe le Bulletin d'Adhésion.

BON À SAVOIR :

Sachez que vos enfants peuvent figurer sur la carte Vitale des deux parents. Pour cela il vous suffit d'en **faire la demande auprès de votre Régime d'Assurance Maladie.**

2.4. Étendue territoriale

Les garanties s'appliquent aux seuls frais exposés en **France Métropolitaine** et pour les assurés ayant leur domicile dans ces limites.

Elles s'appliquent également aux soins et traitements ayant dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence, **à l'exclusion des soins prévus avant le départ.** En tout état de cause, cette prise en charge ne peut intervenir que dans la mesure où l'Assurance Maladie a elle-même pris en charge les frais considérés et selon la codification qu'elle a appliquée.

2.5. Fonctionnement des garanties

Les dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, sont couvertes dans les conditions et limites de la formule que vous avez choisie et indiquée sur votre Bulletin d'Adhésion. Elles sont prises en charges à compter de la date de prise d'effet de votre contrat. **Dès lors, les soins effectués antérieurement à la prise d'effet du contrat ne sont pas pris en charge. De même, les soins effectués après la cessation du contrat ne sont pas pris en charge.**

Nos remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) ou en forfait (en euros).

Lorsque nos remboursements sont exprimés en pourcentage de la BRSS, ils interviennent après déduction du remboursement de l'Assurance Maladie et/ou de tout autre organisme d'assurance complémentaire santé et dans la limite des frais engagés.

En dehors de l'optique, les forfaits s'entendent par assuré et par année d'adhésion, sauf mentions contraires dans le tableau des garanties. Dans le cas d'une souscription en cours d'année, les forfaits sont intégralement utilisables jusqu'à la prochaine échéance principale du contrat.

En tout état de cause :

- 3 votre contrat rembourse le ticket modérateur dès lors que l'Assurance Maladie prend en charge les soins en question,
- 4 le remboursement ne pourra excéder les frais réellement engagés.

2.6. Les limitations de garanties

Conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, dans le cas de consultations, visites ou actes médicaux effectués :

- en dehors du parcours de soins :

La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires (en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités : gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie) resteront à votre charge.

- auprès de praticiens n'adhérant pas aux Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO, CAS) :

La prise en charge des dépassements d'honoraires sera plafonnée à :

- 100% du tarif de responsabilité et,
- du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité.

La valeur la plus faible de ces deux limites correspond au plafond opposable.

2.7 Vos garanties

2.7.1 Hospitalisation

Votre contrat garantit, dans la limite du montant exprimé au sein du tableau de garanties :

- le forfait hospitalier,
- les soins et honoraires,
- le transport lié à l'hospitalisation,
- les frais de séjour.

Les plus de la formule Confort :

Sont pris en charge, en euros, par jour et par assuré dans la limite des montants exprimés au tableau de garanties :

- la chambre particulière,
- le forfait « + Hospi » comprenant :
 - o les frais pour le lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'enfants à charge de moins de 16 ans,
 - o les frais annexes : télévision, téléphone fixe et Wifi de l'hôpital, et les journaux / magazines,
 - o les frais ambulatoires.
- les prestations d'assistance telles que détaillées au sein de la convention d'assistance ci-après.

Pour les séjours dans un établissement psychiatrique ou neuropsychiatrique (en secteur public ou privé) :

- nous ne prenons pas en charge la chambre particulière,
- le forfait « + Hospi » est limité à 30 jours / an consécutifs ou non,
- seuls le ticket modérateur et le forfait hospitalier sont couverts.

Les séjours en gérontologie en établissements médico-sociaux en maisons d'accueil spécialisées, et de long séjour, sont exclus de toute prise en charge au titre du contrat.

2.7.2 Soins courants

Votre contrat garantit, dans les conditions et limites des montants exprimés au sein du tableau de garanties, en complément des remboursements de l'Assurance Maladie :

- les honoraires de consultations de médecins généralistes ou spécialistes,
- les visites et soins prodigués à domicile par des médecins ou des auxiliaires médicaux,
- les frais d'analyses médicales, d'examen et actes de prélèvement,
- les frais de radiologie, d'échographie,
- la pharmacie,
- l'appareillage.

Le plus de la formule Confort :

- Forfait « Automédication »

L'automédication prise en charge, sous réserve de la présentation d'une facture nominative acquittée, dans les conditions et limites prévues au tableau de garanties.

L'automédication désigne le fait pour un assuré d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative, dispensé(s) dans une pharmacie et non prescrit(s) par un médecin, à l'exclusion des produits de parapharmacie.

2.7.3 Autres prestations

2.7.3.1 La prévention

Votre contrat couvre tous les actes de prévention dans les conditions prévues par l'arrêté publié le 8 juin 2006 et de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Il prend également en charge, dans la limite d'un forfait annuel tel que précisé au tableau de garanties selon la formule choisie, par assuré et sous réserve de présentation d'une facture nominative, les frais relatifs :

- au patch anti-tabac,
- au vaccin anti-grippe,
- à la contraception.

2.7.3.2 Médecines naturelles : Forfait ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, diététicien

Pour être prises en charge :

- les consultations doivent être réalisées par un professionnel Diplômé d'État, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France,
- vous devez présenter une facture nominative.

Le forfait annuel est versé dans la limite du montant indiqué sur votre Bulletin d'Adhésion et des frais réellement engagés.

Les plus de la formule Confort :

Sont prises en charge, les consultations auprès :

- d'ostéopathe,
- de chiropracteur,
- d'étiopathe,
- de diététicien.

et les cures thermales, dès lors qu'elles sont acceptées et remboursées par l'Assurance Maladie.

2.7.3.3 Forfait naissance

Dans le cas d'une naissance ou d'une adoption, un forfait annuel pourra être versé par enfant nouveau-né ou adopté, si la déclaration auprès de votre courtier a été effectuée dans les 3 mois suivants l'événement.

Il ne pourra être versé qu'un seul forfait par enfant.

2.7.4 Frais dentaires

Votre contrat garantit, dans les conditions et limites des montants exprimés au sein du tableau de garanties :

- les soins dentaires,
- les prothèses dentaires, remboursées par l'Assurance Maladie,
- l'orthodontie remboursée par l'Assurance Maladie,
- les implants dentaires remboursés par l'Assurance Maladie.

Selon la formule de garanties choisie, un forfait annuel, par assuré, peut prendre en charge :

- les prothèses dentaires et implants dentaires (hors prothèses provisoires) non remboursés par l'Assurance Maladie.

Les prothèses dentaires entrant dans les équipements « 100% Santé » seront remboursées intégralement par votre contrat sous déduction du remboursement de l'Assurance Maladie, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums

fixés dans les conditions du dispositif « 100% Santé ».

Les prothèses dentaires entrant dans les équipements à tarifs libres et maîtrisés seront remboursées selon la formule choisie.

2.7.5 Optique

Les dépenses liées à la monture, aux verres, aux lentilles remboursées ou non par l'Assurance Maladie, ainsi que l'opération de la myopie sont prises en charge dans les conditions et limites des montants exprimés au sein du tableau de garanties.

Un équipement est composé d'une monture et de deux verres.

Les équipements «100% Santé » seront remboursés intégralement par votre contrat, sous déduction du remboursement de l'Assurance Maladie, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés dans les conditions du dispositif « 100% Santé ».

Les équipements aux tarifs libres seront remboursés, selon la formule choisie et dans la limite :

- des tarifs maximums fixés en fonction de la correction des verres et,
- de 100 € pour la monture.

Les équipements mixtes seront remboursés de la manière suivante :

- **Une monture au tarif libre associée aux verres « 100 % Santé »**

La monture sera remboursée selon la formule choisie et dans la limite :

- des tarifs maximums fixés en fonction de la correction de l'équipement acquis, sous déduction du coût des verres et,
- de 100 €

Les verres seront remboursés intégralement par votre contrat sous déduction du remboursement de l'Assurance Maladie, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés dans les conditions du dispositif « 100% Santé ».

- **Des verres aux tarifs libres associés à une monture « 100% Santé »**

Les verres seront remboursés, selon la formule choisie et dans la limite des tarifs maximums fixés en fonction de la correction de l'équipement acquis, sous déduction du coût de la monture.

La monture sera remboursée intégralement par votre contrat sous déduction du remboursement de l'Assurance Maladie, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés dans les conditions du dispositif « 100% Santé ».

Conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, la prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents selon le niveau de correction de vos verres.

Elle est par ailleurs limitée à un équipement :

- par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus,
 - par période d'un an pour les enfants entre 6 et 16 ans,
 - par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur,
- à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

Par exception :

- en cas d'évolution du besoin de correction, un équipement peut alors être remboursé tous les ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus, et sans délai minimal pour les enfants jusqu'à 16 ans, sur justification par une prescription médicale,
- en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, aucun délai de renouvellement minimum n'est exigé.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la garantie pourra couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. Le forfait sera applicable à chacun des équipements considéré individuellement dans la limite des règles du contrat responsable citées ci-dessus. Cette prise en charge dérogatoire est conditionnée à la mention par l'ophtalmologiste de ce cas particulier sur l'ordonnance.

2.8 Aides auditives

Votre contrat prend en charge, dans les conditions et limites des montants exprimés au sein du tableau de garanties :

- les prothèses auditives.

À compter du 1^{er} janvier 2021, **les aides auditives entrant dans les équipements « 100% Santé »** seront remboursées intégralement par votre contrat, sous déduction du remboursement de l'Assurance Maladie, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés dans les conditions du dispositif « 100% Santé ».

Les aides auditives aux tarifs libres seront remboursées selon la formule choisie.

Dans les deux cas, conformément au contrat responsable, la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille, par période de quatre ans, suivant l'acquisition de cet appareil.

Le délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille de manière séparée et il est tenu compte des quatre années antérieures au 1^{er} janvier 2021.

2.9 Les remboursements

Vos soins sont pris en charge dans les conditions et limites de la formule de garanties choisie.

Les forfaits et plafonds sont exprimés par année d'adhésion et par assuré et **ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.**

Les garanties du contrat sont établies sur la base des taux de remboursement de l'Assurance Maladie en vigueur le jour de la souscription.

Elles seront revues sans délai en cas de modifications des textes applicables.

Les documents à nous transmettre

Pour obtenir le remboursement de vos frais de santé **hors tiers payant**, vous disposez d'un délai de deux ans à compter de la date des soins pour nous transmettre :

- les originaux des décomptes de remboursement de l'Assurance Maladie , sauf pour les assurés qui relèvent de caisses d'Assurance Maladie transmettant la copie informatique des décomptes à Suravenir Assurances,
- les factures acquittées attestant du montant des débours réels en cas de dépassement de tarif, si les frais réels ne figurent pas sur les décomptes de remboursement de l'Assurance Maladie,
- une attestation du montant des prestations éventuellement versées par d'autres organismes.

2.10 Le réseau de soins SANTÉCLAIR

Les assurés qui le souhaitent peuvent bénéficier des services suivants proposés par SANTÉCLAIR :

- l'accès à des réseaux de professionnels de la santé partenaires de SANTÉCLAIR pratiquant le **tiers payant** et proposant des **tarifs négociés en optique, chirurgie réfractive, implants et prothèses dentaires, audioprothèse**, permettant de diminuer le reste à charge. Les assurés restent libres de choisir leur professionnel de santé,
- **un outil de géolocalisation des professionnels** de la santé partenaires de SANTÉCLAIR, pour trouver le praticien le plus proche,
- **des conseils en automédication**, pour trouver le médicament avec le meilleur rapport efficacité/prix à partir des symptômes identifiés.

Ces services sont accessibles depuis l'espace Santé Assuré.

L'assureur se réserve le droit de modifier ou supprimer les services listés ci-dessus.

2.11 Les exclusions

Sont exclus de toute prise en charge au titre du présent contrat :

- les cures de toutes natures, (sauf les cures thermales, selon la formule de garanties choisie), les soins esthétiques, la thalassothérapie,
- les actes ou prescriptions ne donnant pas lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie sauf indications sur votre Bulletin d'Adhésion,
- les séjours en gérontologie, en établissements médico-sociaux en maisons d'accueil spécialisées, et de long séjour.

Dans le cadre du contrat responsable ne sont pas pris en charge :

- la participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux,
- la diminution du remboursement de l'Assurance Maladie et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonnés.

3 LA VIE DE VOTRE CONTRAT

3.1 La prise d'effet et la durée de vos garanties

Vos garanties prennent effet sans délai d'attente, à la date figurant sur votre Bulletin d'Adhésion. Ces garanties sont viagères.

Votre contrat est valable pour une durée d'un an, délai après lequel il se renouvelle automatiquement d'année en année, sauf si vous ou nous prenons l'initiative d'y mettre un terme. (Cf. paragraphe 3.5 « La résiliation »).

3.2 Vos déclarations

3.2.1 À la souscription

Lors de la souscription de votre contrat, vos déclarations doivent être conformes à la réalité. Celles-ci permettent d'apprécier les risques à prendre en charge pour toutes personnes couvertes par le contrat.

Conformément à l'article L. 113.8 du Code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité du contrat.

3.2.2 En cours de contrat

3.2.2.1 Changement de situation

En cas de survenance de l'un des événements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,

le contrat peut être résilié par chacune des parties lorsque la nouvelle situation modifie le risque initial.

La résiliation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement. Elle prend effet un mois après que l'autre partie en ait reçu notification par courrier recommandé avec avis de réception.

3.2.2.2 Conditions d'affiliation ou de retrait des ayants droit

Il est possible d'affilier ou de retirer un ayant droit dans les conditions suivantes :

- dans le cas d'un ajout d'un ayant droit : la prise d'effet des garanties s'effectue au jour de sa désignation sur le contrat,
- dans le cas d'un retrait d'un ayant droit, ce dernier ne sera plus garanti à compter de l'événement justifiant le retrait, sous réserve que l'assureur en ait été informé dans les 30 jours de cet événement, sous réserve de soins effectués pendant cette période. À défaut, le retrait de l'ayant droit sera pris en compte à la date de la demande effectuée par l'adhérent, sous réserve de soins effectués postérieurement à cette demande.

3.3 Votre cotisation

3.3.1 La périodicité de votre cotisation

Votre cotisation est payable d'avance et annuellement à l'échéance mentionnée sur votre Bulletin d'Adhésion. La cotisation annuelle peut toutefois faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

3.3.2 Procédure en cas de non-paiement (article L. 113-3 du Code des assurances)

En cas de non-paiement de vos cotisations dans les délais impartis, nous vous adressons une lettre recommandée valant mise en demeure en application de l'article L. 113-3 du Code des assurances à votre dernier domicile connu. Les effets de cette lettre sont les suivants :

- l'intégralité de la cotisation annuelle devient exigible, nonobstant l'existence d'un fractionnement du paiement de ladite cotisation,
- en cas de non-paiement dans un délai de 30 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, les garanties de votre contrat sont suspendues,
- après un délai supplémentaire de 10 jours (40 jours au total après la lettre de mise en demeure), votre contrat est automatiquement résilié si la totalité de la somme exigée n'est pas réglée.

Nous conservons, même après la résiliation, le droit de procéder au recouvrement de la cotisation impayée en exécution du contrat.

Un règlement effectué après le délai de 40 jours n'entraîne en aucun cas la remise en vigueur du contrat.

Un règlement partiel n'annule pas les effets de la mise en demeure.

Le contrat non résilié reprend effet le lendemain du jour où a été payée la cotisation ainsi que les frais de recouvrement ayant fait l'objet de la mise en demeure.

3.3.3 L'évolution de votre cotisation

Votre cotisation évolue chaque année à l'échéance principale de votre contrat, en fonction de :

- l'évolution des dépenses de santé fournie par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et celle du groupe assuré,
- la formule choisie,
- de votre âge,
- des évolutions réglementaires.

3.4 La modification de votre contrat

Vous avez la possibilité de modifier les niveaux de vos garanties en cours de contrat. Dans ce cas, vos nouvelles garanties prendront effet à l'échéance principale qui suit la modification.

Dans le cas d'un ajout ou retrait d'un assuré, concomitant à la demande de modification de niveau de garanties, l'ensemble des modifications prendra effet dans les conditions définies à l'article 3.5.

3.5 La résiliation

3.5.1 Modalités de résiliation du contrat individuel

Le contrat est renouvelé chaque année automatiquement, par tacite reconduction.

Le contrat peut être résilié selon les modalités suivantes :

Pour résilier votre contrat, vous devez, formuler votre demande, en respectant les délais de préavis,

- soit par lettre recommandée, adressée à Suravenir Assurances, 2 rue Vasco de Gama, Saint Herblain, 44931 Nantes cedex9,
- soit directement par une déclaration faite contre récépissé auprès de votre interlocuteur-habituel,
- soit par acte extrajudiciaire.

La résiliation à l'initiative de l'assureur est notifiée par lettre recommandée adressée à l'adhérent à son dernier domicile connu de l'assureur.

Dans tous les cas de résiliation, les délais de préavis, s'il en est prévu, sont décomptés à partir de la date d'envoi de la notification, le cachet de la poste faisant foi.

La résiliation du contrat entraîne l'extinction des obligations des parties à l'exception de celles nées avant la résiliation du contrat.

Cas et Modalités de résiliation :

Quand le contrat peut-il être résilié ?	Par qui ?	Articles du Code des assurances
• À chaque échéance annuelle moyennant un préavis de 1 mois par lettre recommandée adressée à l'assureur.	Adhérent	L. 113-12
• Conformément aux dispositions prévues par la loi Châtel dans un délai de 20 jours à compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance, par lettre recommandée adressée à l'assureur.	Adhérent	L. 113-15-1
• Si vous changez : - de domicile, - de situation ou régime matrimonial, et si ce changement affecte la nature du risque garanti, La résiliation doit être faite dans les 3 mois qui suivent l'événement et prend effet 1 mois après notification.	Adhérent ou Nous	L. 113-16
• Si nous résilions un de vos contrats après sinistre : dans ce cas, vous pouvez dans le délai d'un mois de la notification de la résiliation de la police sinistrée, résilier les autres contrats d'assurance souscrits auprès de Suravenir Assurances, la résiliation prenant effet 1 mois à dater de la notification à l'assureur. • Si nous ne consentons pas à réduire la cotisation suite à diminution du risque.	Adhérent	R. 113-10 L. 113-4
• Si nous augmentons la cotisation de référence.	Adhérent	
• Dans le cas d'une affiliation à un contrat groupe obligatoire, votre résiliation sera prise en compte rétroactivement à la date d'effet de votre nouveau contrat : - sous réserve de nous en informer dans un délai de 3 mois, à compter de la date de prise d'effet du contrat groupe, - et à la condition de n'avoir eu aucun soin remboursé pendant cette même période. • Sinon, la résiliation sera effective à la date de réception de votre demande.	Adhérent	
• Si vous devenez bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire ou Complémentaire santé solidaire avec participation financière. Votre résiliation prendra effet au lendemain de l'ouverture des droits ou au lendemain du dernier règlement des soins après la date d'ouverture des droits	Adhérent	
• En cas de cessation d'affiliation à un régime obligatoire français d'Assurance Maladie. Votre résiliation prendra effet au lendemain de la cessation d'affiliation ou au lendemain du dernier règlement des soins après la date de cessation d'affiliation	Adhérent	
• En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle	Nous	L. 113-8
• En cas de non-paiement de la cotisation	Nous	L. 113-3
• En cas de décès de l'adhérent, le contrat sera résilié au lendemain du décès. Si d'autres personnes sont couvertes par le contrat, les droits et obligations de l'adhérent décédé peuvent être transférés à un nouvel adhérent.	L'héritier ou Nous	L. 121-10
• Si l'agrément nous est retiré par le Ministère de Tutelle.	De plein droit	L. 326-12

3.5.2 Modalité de résiliation du contrat collectif facultatif

Les contrats collectifs sont renouvelables par tacite reconduction annuelle, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, adressée trois mois au moins avant l'échéance annuelle, par lettre recommandée, avec accusé de réception.

La dénonciation du contrat collectif par Suravenir Assurances ou le souscripteur entraîne sa transformation en un nouveau contrat collectif garantissant les seuls adhérents liés au souscripteur du contrat dénoncé et couvrant ces derniers aux conditions de l'ancien contrat.

Les contrats sont résiliables de plein droit en cas de retrait total de l'agrément de Suravenir Assurances (article L. 326-12 du Code des assurances).

Le contrat collectif auquel est rattachée une adhésion est mentionné sur le Bulletin d'Adhésion.

Le Bulletin d'Adhésion précise, notamment, les garanties et la cotisation applicables à votre contrat, en fonction des conditions d'acceptation arrêtées par Suravenir Assurances et des termes du contrat collectif auquel est rattachée votre adhésion.

3.5.3 Sort de la cotisation

Dans les cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, nous vous remboursons la portion de cotisation afférente à la période non courue sauf en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations (article L. 113-3 du Code des assurances).

3.6 Les dispositions diverses

3.6.1 La subrogation et le recours après sinistre

Conformément à l'article L. 121.12 du Code des assurances, en cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

3.6.2 La prescription

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-1 du Code des assurances, reproduit ci-dessous, les actions dérivant du présent contrat se prescrivent dans le délai de deux ans suivant l'événement qui en est à l'origine.

La prescription a pour point de départ la date à laquelle le souscripteur ou l'assuré ont eu connaissance du fait générateur.

Ainsi, aux termes de l'article L. 114-1 du Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance 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, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,

2° 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. »

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance 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.

L'article L. 114-2 du Code des assurances, précise les modalités d'interruption de la prescription comme suit :

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

La prescription peut également être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- toute demande en justice, même en référé (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- tout acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

La prescription peut être suspendue par l'une des causes ordinaires de suspension que sont :

- l'impossibilité d'agir,
- la minorité,
- le recours à la médiation, à la conciliation ou à une procédure participative,
- une mesure d'instruction,
- une action de groupe.

3.6.3 Informatique et Libertés

Des données à caractère personnel vous concernant sont collectées par Suravenir Assurances, responsable du traitement situé, 2 rue Vasco de Gama à Saint-Herblain (44800).

Elles sont nécessaires au traitement informatique de votre contrat pour les finalités suivantes : souscription ou gestion de vos contrats d'assurances, gestion de vos sinistres et évaluation de votre satisfaction, gestion et évaluation du risque d'assurance, réalisation d'études statistiques, techniques et marketing, information et prospection commerciale et lutte contre la fraude. À ce titre vous êtes susceptible d'être inscrit sur une liste de personnes suspectées de fraude par Suravenir Assurances.

Des données de santé sont également collectées et traitées aux fins d'exécution du contrat et pour les mêmes finalités que celles visées ci-dessus.

Ces traitements ont un caractère obligatoire dans le cadre de la conclusion et de la gestion du présent contrat. À défaut, le contrat ne peut être conclu ou exécuté.

Des traitements automatisés peuvent être effectués, y compris de profilage : vous pouvez dans ce cas, obtenir une intervention humaine par le responsable de traitement.

Le traitement est réalisé par le responsable de traitement sur la base de l'exécution des mesures précontractuelles ou contractuelles, pour respecter des obligations légales ou réglementaires, sur la base du consentement lorsque celui-ci est requis ou quand cela est justifié par ses intérêts légitimes.

En communiquant vos informations personnelles, vous autorisez l'assureur à les partager en vue des mêmes finalités que celles précédemment indiquées au profit de la société Owliance, de ses sous-traitants, prestataires et partenaires, établissements et sociétés membres du Groupe intervenant dans le cadre du contrat ainsi qu'à tout autre organisme professionnel habilité à centraliser les données issues des contrats d'assurance.

Ces informations peuvent également être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées (pays de l'Union Européenne ou non membres de l'Union Européenne), notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme.

Des transferts de données peuvent être effectués hors de l'Union Européenne, en particulier auprès de la filiale tunisienne du Groupe Owliance qui traite de l'exploitation et de la gestion du réseau informatique. Afin d'assurer un niveau de protection adéquate de vos données personnelles, le transfert de ces données a été autorisé par la CNIL et est encadré par des règles internes validées par la CNIL. Vous pouvez demander à avoir connaissance des garanties appropriées qui sont mise en œuvre.

Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour le traitement de certaines données, vous pouvez la retirer à tout moment, sous réserve du traitement de données nécessaires à la conclusion ou l'exécution du contrat.

Les conversations téléphoniques avec l'assureur sont susceptibles d'être analysées et enregistrées pour des raisons de qualité de service. Ces enregistrements sont exclusivement destinés à l'usage interne de l'assureur.

Les données sont conservées pendant la durée du contrat augmentée des prescriptions légales ou réglementaires, ainsi que pour assurer le respect des obligations légales, réglementaires ou reconnues par la profession auxquelles l'assureur est tenu.

Conformément à la réglementation applicable, vous disposez sur vos données:

- d'un droit d'accès,
- d'un droit de rectification,
- d'un droit d'opposition pour motifs légitimes,
- d'un droit de portabilité,
- d'un droit d'effacement,
- d'un droit d'organiser les conditions de conservation et de communication de vos données à caractère personnel après votre décès,
- d'un droit d'effacement et de limitation des informations vous concernant.

Pour exercer vos droits ou saisir le délégué à la protection des données personnelles, vous pouvez adresser un mail à l'adresse : cil@suravenir-assurances.fr ou un courrier à Suravenir Assurances, Service traitant les demandes Informatique et Libertés, 44931 Nantes cedex 9.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez vous reporter à la politique des données personnelles disponible sur le site internet de Suravenir Assurances.

3.6.4 Le cumul d'assurance

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

3.6.5 Démarchage à domicile ou vente à distance

Démarchage à domicile (article L. 112.9 du Code des assurances) : toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à l'assureur pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Toute lettre recommandée adressée à une entité juridique autre sera dépourvue de tout effet.

Vous ne pouvez toutefois plus exercer votre droit à renonciation dès que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

Par ailleurs, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Vente à distance (article L. 112.2.1 du Code des assurances) : en cas de vente à distance vous bénéficiez de la faculté de renoncer à votre contrat dans les quatorze jours qui suivent sa date de conclusion ou qui suivent la date de réception des conditions contractuelles par l'assuré si cette date est postérieure à celle de la conclusion du contrat, sans motif ni pénalité.

Modalité d'exercice du droit à renonciation : vous devez adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à votre assureur. Vous trouverez ci-dessous un modèle de lettre pour vous permettre d'exercer votre droit à renonciation :

« *Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat N° (N° du contrat) d'assurance conclu (à distance/par démarchage à domicile) le (date) et demande le remboursement de la cotisation, déduction faite de la part correspondant à la période durant laquelle le contrat était en vigueur.*

Dans ce cas, la résiliation prendra effet à compter de la date de réception de la présente lettre. »

3.6.6 Réclamations

Sachez que, constitue une réclamation, toute déclaration actant du mécontentement d'un client envers un professionnel : dès lors, une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation (extrait de la recommandation 2016-R-02 du 14 novembre 2016 sur le traitement des réclamations, émise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

Afin de pouvoir traiter votre réclamation dans les meilleures conditions, nous vous remercions de bien vouloir suivre les étapes décrites ci-après.

À compter de la réception de votre réclamation et conformément à la réglementation sur le traitement des réclamations, nous nous engageons :

- à accuser réception de votre réclamation sous 10 jours; sauf si la réponse vous est apportée dans ce délai ;
- à vous apporter une réponse sous un délai maximum de 2 mois, hors survenance de circonstances particulières dont vous serez tenu informé.

1. Votre interlocuteur privilégié

Votre courtier vous accompagne au quotidien. En cas de questions ou de difficultés relatives à la vie de votre contrat d'assurance, consultez dans un premier temps votre contact habituel dont les coordonnées sont indiquées sur le devis qui vous a été remis.

2. Le Service de traitement des réclamations

Si la réponse ou la solution apportée ne répond pas à vos attentes :

- Pour toute réclamation relative à **la gestion de votre contrat d'assurance** vous pouvez adresser votre courrier au Service Relations Clientèle - Suravenir Assurances - 44931 Nantes cedex 9
- Pour toute réclamation relative au **traitement de prestations**, vous pouvez adresser votre réclamation :
 - o soit par courrier : Suravenir Assurances - Service Santé - TSA 30028 51725 Reims
 - o soit par mail : gestion@sante.suravenir-assurances.fr

3. Le Médiateur

Si toutes les voies de recours dont vous disposez ont été utilisées, et si la réponse apportée par le service de traitement des réclamations de Suravenir Assurances ne vous satisfait toujours pas, vous pouvez saisir le Médiateur indépendant. Après étude de votre dossier, celui-ci rendra un avis en vue du règlement amiable de votre litige. Vous pouvez le contacter :

- soit par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 9
- soit par voie électronique sur le site internet : www.mediation-assurance.org

La saisine du médiateur est gratuite et n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction. Vous demeurez libre de saisir la justice à son issue.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance disponible sur le site internet : www.mediation-assurance.org

3.6.7 L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

L'autorité en charge du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

4 LA CONVENTION D'ASSISTANCE

4.1 Domaine d'application

4.1.1 Bénéficiaires

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

Sont couverts par la présente Convention d'Assistance :

- le bénéficiaire du contrat « Complémentaire Santé » souscrit auprès de Suravenir Assurances,
- et ses ayants droit.

4.1.2 Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la même date que le contrat d'assurance santé.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'assuré auprès de Suravenir Assurances, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

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

4.1.3 Couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement en France Métropolitaine ou à Monaco (au-delà de 50 km du domicile, pour la prestation « Transfert médical »),
- dans le monde entier pour l'assistance à l'étranger.

Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

4.1.4 Faits générateurs

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

- une hospitalisation en ambulatoire,
- une hospitalisation de plus de 24h,
- une grossesse pathologique,
- une maternité,
- un traitement anticancéreux,
- l'accompagnement de l'aidant,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure, survenant au bénéficiaire.

L'assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, **à raison d'une seule prestation par fait générateur.**

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile, sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, de soutien social ou psychologique, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

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. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué. Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, RMA 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.

4.1.5 Modalités de mise en œuvre

POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION,

24h/24, 7j/7

Par téléphone :

N° Cristal : 09 69 36 87 76

Appel non surtaxé (Coût selon opérateur)

Par télécopie : 02 40 44 43 93 /

Télécopie Médecin Conseil : 02 40 44 43 00

Pour les bénéficiaires appelant de l'étranger : Par téléphone : 00 33 969 368 776

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro de contrat,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre 1er appel, un n° d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'assistanteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt jours (20 jours) qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Pour le conseil, le transfert médical et l'assistance à l'étranger, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48h après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Le bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'assistanteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'assistanteur sont des pièces originales ou des copies certifiées.

4.1.6 Exécution des prestations

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'assistanteur et sur présentation des justificatifs demandés.

En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire, n'est remboursée par l'assistanteur.

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

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

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

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

Dans le cadre de l'assistance à domicile, en France métropolitaine ou à Monaco, l'assistanteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, dès l'appel de l'un des bénéficiaires, pour répondre au plus vite à la demande.

Toutefois, l'assistanteur se réserve un délai de 5h maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Dans le cadre d'un soutien psychologique ou d'un accompagnement social, l'assistanteur soumis à une obligation de moyens concernant la mise en œuvre des prestations d'accompagnement, s'engage à :

- fixer le premier rdv téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale et psychologue,
- signifier par courrier à l'adhérent qui déposerait une réclamation la décision motivée d'interruption de l'accompagnement.

4.1.7 Définitions

Pour l'application de la présente convention d'assistance, on entend par :

ACCIDENT : Tout événement soudain, imprévisible, extérieur au bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- les infarctus du myocarde;
- les ruptures d'anévrisme;
- les accidents vasculaires cérébraux;
- les lombalgies, les lumbagos;
- les sciatiques;
- les éventrations;
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires;
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel;
- les hydrocutions;
- les hernies abdominales;
- les lésions méniscales.

AIDANT : Est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche (voir définition) ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

AIDE À DOMICILE : La mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du bénéficiaire.

ANIMAUX FAMILIERS DE COMPAGNIE : Sont considérés comme animaux familiers de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par bénéficiaire.

AUTORITÉ MÉDICALE : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le bénéficiaire se trouve.

AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties, les courses.

ASCENDANT : Sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents du bénéficiaire.

AYANTS DROIT: Les ayants droit du bénéficiaire sont ceux inscrits comme tels par le souscripteur au titre de son contrat « Complémentaire Santé ».

ATTENTAT : Tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur. Cet attentat devra être recensé par l'État français.

BÉNÉFICIAIRE : Sont considérées comme bénéficiaires des prestations assistance les personnes désignées sur le Bulletin d'Adhésion du contrat Complémentaire Santé, à savoir:

•le souscripteur d'un contrat Santé, auprès de Suravenir Assurances, dont les coordonnées figurent sur le Bulletin d'Adhésion au contrat d'assurance santé. Il est précisé que dans le cas d'un souscripteur non bénéficiaire des garanties Santé, les prestations d'assistance ne sont pas accordées.

•son conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) vivant sous le même toit,

•leur(s) enfant(s) célibataire(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal et vivant sous le même toit et, le cas échéant, leur(s) enfant(s) qui viendrait(ent) à naître au cours de la validité du contrat,

•les ascendants, à charge fiscalement, ou vivant sous le même toit auxquels sont versés des pensions alimentaires donnant droit à déduction sur le revenu global du souscripteur du contrat,

•de façon générale, les personnes couvertes par le contrat d'assurance signé par le souscripteur.

CATASTROPHE NATURELLE : Phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

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

CHIMIOTHÉRAPIE : Une chimiothérapie est un traitement général par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Ils peuvent être administrés par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

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

DÉPENDANCE : État impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive.

DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE : Désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'Alerte avec son support (collier ou bracelet).

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

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

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

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

DOMMAGES CORPORELS : Dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

ÉTABLISSEMENT DE SOINS : Tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

ÉTRANGER : Tout pays en dehors du pays de domicile en France métropolitaine ou Monaco.

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

FRANCE : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

FRATRIE : Enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

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

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

HOSPITALISATION : Tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé ou à domicile dans le cadre d'une HAD, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) : L'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE : Toute hospitalisation avec une chirurgie réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

IMMOBILISATION : Désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle l'assiste(e)ur évalue le cadre au domicile (bénéficiaire vivant seul ou en couple, enfants de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité, aides déjà en place...).

INCAPACITÉ : Le terme incapacité désigne l'état d'une personne qui ne peut exercer une activité à la suite d'un aléa de santé. Plus précisément, il s'agit de l'altération de l'aptitude de façon générale, entraînant une déficience, une inaptitude, une incapacité de travail, voir un handicap.

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

MALADIE SOUDAINE À L'ÉTRANGER : Désigne une pathologie inattendue et non récurrente qui nécessite un traitement d'urgence pour prévenir ou atténuer le danger présent sur la vie ou la santé. Une situation d'urgence n'existe plus lorsque les données médicales indiquent que le bénéficiaire est capable de rentrer dans son pays de résidence habituelle pour obtenir et/ou continuer son traitement.

MATERNITÉ : Sont considérés comme maternité tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

MEMBRE DE LA FAMILLE : Conjoint ou concubin notoire, ou partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du bénéficiaire.

PAYS DE SEJOUR : Le pays dans lequel le bénéficiaire séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par le présent contrat d'assistance en dehors de son pays de résidence.

PERSONNE DÉPENDANTE : Toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ».

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

PROCHE : Les ascendants (les parents, grands-parents, arrière-grands-parents du bénéficiaire) et descendants au 1er degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), le tuteur légal du bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays que le bénéficiaire.

RADIOTHÉRAPIE : Traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

RESPONSABILITÉ CIVILE : Obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

SOINS MÉDICALEMENT NÉCESSAIRES : Dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance Maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

SOUSCRIPTEUR : Personne physique ayant souscrit à titre individuel au contrat Santé.

TÉLÉASSISTANCE : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24h/24, 7j/7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

TRAITEMENT : Seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés.

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

4.2 Service d'informations et de soutien par téléphone

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

4.2.1 Information juridique

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

Réglementaire :

- habitation / logement,
- justice / défense / recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/ allocations / retraites,
- fiscalité,
- famille.

Pratique :

- consommation,
- vacances / loisirs,
- formalités / cartes / permis,
- enseignement / formation.

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

4.2.2 Soutien psychologique

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

Un soutien spécifique destiné aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs est proposé dans les situations suivantes :

- difficulté scolaire,
- difficulté autour de l'entrée dans la vie active,
- situation de harcèlement ou agression,
- conduites à risques, conduites addictives,
- souffrance psychologique...

Un soutien peut être proposé aux bénéficiaires pour des problématiques de santé pour :

- annonce d'une maladie,
- parcours de soins,
- image de soi, gestion des douleurs,
- impact de la maladie sur l'équilibre de vie.

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

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

Un soutien psychologique adapté est proposé aux aidants pour :

- travail autour de la culpabilité,
- réflexion autour des rôles dans le couple ou dans la famille,
- prévention de l'épuisement...
- au moment du deuil de la personne aidée.

En cas de décès, le proche pourra recourir au service de soutien psychologique afin de l'accompagner dans son travail de deuil.

Après évaluation du psychologue et adhésion du bénéficiaire, un suivi thérapeutique de proximité peut être proposé et organisé.

4.2.3 Accompagnement social

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

Des informations destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur les thèmes suivants :

- cursus scolaire et universitaire (scolarité et handicap, financement des études...),
- entrée dans la vie active, accès aux droits, gestion d'un budget, logement...

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

- aide au budget : bilan de la situation (ressources, charges, endettement, surendettement), recherche de solutions pour équilibrer le budget,
- soutien à la parentalité : mode de garde, coparentalité, nutrition, relations familiales et conjugales,

- soutien en cas d'aléas de santé : aide à domicile, adaptation du logement et ou du poste de travail, ouverture de droits (invalidité, handicap, retraite...),
- aide au départ à la retraite : démarches administratives, projection budgétaire, investissement d'un nouveau rôle social.

Un accompagnement social adapté est proposé aux aidants pour :

- rechercher et financer des solutions de répit (hébergement temporaire, accueil de jour...),
- organiser et financer du soutien à domicile (aide et soins à domicile...),
- faciliter la conciliation vie professionnelle/vie privée (congé, allocations...).

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

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

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

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

4.2.4 Appels de convivialité

Ces entretiens sont animés par un écoutant social dans la limite de 10 par année civile par bénéficiaire. Ils ont vocation à rompre l'isolement et à faciliter la restauration d'une vie sociale.

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

4.2.5 Conseils et informations médicales

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'assistant ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

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

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

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

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

- maladies professionnelles,
- troubles musculo-squelettiques (TMS),
- risques psycho-sociaux (RPS),
- bilans de santé...

4.3 Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation, de maternité, d'immobilisation, de traitement anticancéreux

4.3.1 Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile

Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses

Si le bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'assistant organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage.

Les médicaments et les courses restent à la charge du bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 km du domicile du bénéficiaire.

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

4.3.2 Prestations pour toute hospitalisation en ambulatoire, toute hospitalisation prévue ou imprévue de plus de 24h, en cas de maternité ou en cas d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours médicalement constatée

Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité et pendant l'immobilisation à tous les bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

4.3.2.1 Aide à domicile

L'assistant met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence d'un maximum de 10h.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'assistant.

4.3.2.2 Autres prestations de bien-être et de soutien en substitution

Si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'assistant met en place et prend en charge (sur justificatifs) une autre prestation en substitution à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- auxiliaire de vie,
- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- service(s) de portage de repas,
- entretien(s) du linge,
- séance(s) de coaching santé, coaching nutrition.

4.3.2.3 Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans et enfants handicapés (sans limite d'âge)

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans et enfants handicapés (sans limite d'âge) ou s'il s'agit de l'hospitalisation d'un enfant ayant une fratrie, l'assistant prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8h par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité. Pendant cette période de 5 jours, l'assistant se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école.
- soit le transport aller-retour des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine ou à Monaco.
- soit le transport aller-retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans.

4.3.2.4 Garde des personnes dépendantes

Si le bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes, l'assistant prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8h par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité,
- soit le transport aller-retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France métropolitaine ou à Monaco,
- soit le transport aller-retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

4.3.2.5 Garde des animaux familiers

L'assistant prend en charge le gardiennage des animaux familiers du bénéficiaire dans un centre agréé. Cette prestation est limitée à 30 jours avec un maximum de 300 € TTC.

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.

4.3.2.6 Dispositif de Téléassistance

L'assistant organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement pour une durée de 3 mois maximum.

L'équipe de travailleurs sociaux de l'assistant aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

4.3.2.7 Présence d'un proche au chevet

L'assistant organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

4.3.3 Prestation en cas de traitements anticancéreux de chimiothérapie ou radiothérapie du bénéficiaire

L'assistant met à la disposition du bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile, et ce pendant toute la durée du traitement. Cette prestation s'organise à concurrence de 2 fois 2h dans les 15 jours qui suivent la séance.

4.3.4 Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire

4.3.4.1 Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins de 16 ans

Afin de permettre au bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'assistant propose au bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8h par jour ou si le bénéficiaire le souhaite, l'assistant prend en charge le transport aller-retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours de congés de garde d'enfants malades accordés par la convention collective du bénéficiaire salarié.

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par télécopie au médecin-conseil : **02 40 44 43 00**, par mail à medecinconseil@rmassistance.fr ou sous pli confidentiel à : **Plateforme d'Assistance Suravenir Assurances - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin – CS 32427 – 44124 Vertou cedex**, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'assistant les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'assistant par téléphone (autant que nécessaire).

4.3.4.2 École à domicile

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, à compter du 14^{ème} jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

L'assistant oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- **soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus (avec un minimum de 2h de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie,**
- **soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'assistant.**

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire- géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1ère et 2ème langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'assistant, ils seront financièrement à sa charge.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Justificatifs

Le bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'assistant un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48h peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

4.3.5 Prestations en cas d'hospitalisation imprévue, suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM

4.3.5.1 Conseil médical en cas de maladie ou d'accident ou de blessure

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'assistant donne à un bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'assistant sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'assistant se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'assistant propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'assistant.

4.3.5.2 Transfert médical

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'assistant propose des prescriptions ou prestations médicales. Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient,
- le transfert du bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient,
- en cas d'accident ayant nécessité un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, l'organisation et la prise en charge du retour au domicile du bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'assistant et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

Selon l'état du bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- en utilisant le véhicule du bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par l'assistant,
- en train,
- en avion de ligne régulière,
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

L'assistant se charge :

- de l'organisation du transfert,
- de la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel,
- de l'accueil à l'arrivée.

L'assistant prend en charge les frais correspondants restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité sociale. Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins pour raisons de confort ou rapprochement familial sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'assistant, s'il n'a été préalablement décidé par le médecin de l'assistant. Ainsi, l'assistant ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'assistant, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT : Tout refus par le bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'assistant entraîne automatiquement LA NULLITÉ de la prestation.

4.3.5.3 Retour des accompagnants

Lorsqu'un bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'assistant organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ces proches.

4.3.6 Prestation en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile en France métropolitaine ou à Monaco

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'assistant prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller-retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le bénéficiaire a son domicile principal. L'assistant organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 75 € TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits (frais de restauration exclus). Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'assistant organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'assistant participe aux frais d'hébergement à concurrence de 75 € TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits. L'assistant prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'assistant, dans les meilleurs délais.

4.4 Prestations complémentaires en soutien à la maternité et parentalité

4.4.1 Accompagnement spécifique à la parentalité

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficier, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Un interlocuteur qualifié est à votre disposition et le coût de ses conseils est pris en charge par l'assistanteur.

4.4.2 Mise à disposition d'un intervenant qualifié en cas de maternité

En cas de maternité, l'assistanteur missionne un intervenant qualifié (auxiliaire de puériculture, puéricultrice, sage-femme ou technicienne d'intervention sociale et familiale...) auprès de la famille, à raison de 4h maximum dans les 15 jours qui suivent le retour au domicile.

4.4.3 En cas de grossesse pathologique

4.4.3.1 Aide à domicile

En cas d'immobilisation de plus de 5 jours à domicile médicalement constatée due à une grossesse pathologique, l'assistanteur organise et prend en charge une aide à domicile afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes. Cette aide à domicile intervient à concurrence d'un maximum de 12h à raison d'un maximum de 4h par semaine avant les congés pathologiques légaux ou en tout état de cause avant l'accouchement.

Un certificat médical attestant de l'état de grossesse pathologique sera demandé avant le déclenchement de la prestation.

4.4.3.2 Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge

En cas d'immobilisation de plus de 5 jours à domicile médicalement constatée due à une grossesse pathologique, l'assistanteur prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8h par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité. Pendant cette période de 5 jours, l'assistanteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller-retour des enfants à l'école ;
- soit le transport aller-retour des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine ou à Monaco ;
- soit le transport aller-retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans.

Un certificat médical attestant de l'état de grossesse pathologique sera demandé avant le déclenchement de la prestation.

4.4.4 En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 4 jours ou d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours de la « garde d'enfants » habituelle et salariée

Si le bénéficiaire a des enfants âgés de moins de 7 ans et que la personne salariée assurant leur garde habituelle est hospitalisée de manière imprévue plus de 4 jours ou immobilisée de manière imprévue et médicalement constatée plus de 5 jours, l'assistanteur prend en charge une garde d'enfants compétente à domicile pour une période de 5 jours, à raison de 8h par jour pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation.

Ou, si le bénéficiaire le souhaite, l'assistanteur prend en charge :

- soit le transport aller-retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine ou à Monaco ;
- soit le transport aller-retour d'un proche jusqu'au domicile pour garder les enfants.

Justificatifs

Toute demande doit être envoyée avant le déclenchement de la prestation et justifiée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical indiquant l'incapacité de la garde d'enfants salariée de prendre en charge la garde des enfants suite à son immobilisation. Ce justificatif doit être adressé par télécopie au médecin-conseil : **02 40 44 43 00**, par mail à medecinconseil@rmassistance.fr ou sous pli confidentiel à : **Plateforme d'assistance Suravenir Assurances - à l'attention du médecin conseil - 46, rue du Moulin CS 32427 - 44124 Vertou cedex.**

4.5 Prestations d'assistance complémentaires et spécifiques aux aidants

4.5.1 Bilan psycho-social de la situation

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

- pour un soutien moral par des psychologues dans la limite de 10 entretiens par année civile,
- pour une aide aux démarches sociales avec des assistantes sociales,
- pour une aide à la gestion du quotidien avec des conseillères en économie sociale et familiale,
- pour des appels de convivialité par un écoutant social.

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

En complément, l'assistant met à disposition des comptes utilisateurs pour l'application Mon Age Village, permettant aux bénéficiaires, selon leur profil et leur secteur d'habitation, de recevoir des informations personnalisées, actualisées et évolutives:

- Portail d'informations et d'actualités, accès à des services et boutiques en ligne,
- Application web d'informations géo-localisées et personnalisées avec possibilité de renvoi vers RMA pour un contact avec des professionnels.

4.5.2 Assistance préventive

À tout moment, l'aidant peut alerter l'équipe pluridisciplinaire sur son sentiment d'épuisement. Un accompagnement pourra être initié ou repris à cette occasion chaque fois que nécessaire.

De même, si l'aidant le souhaite, les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire pourront organiser des appels systématiques à intervalles définis ensemble.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois par année civile.

4.5.2.1 Prévention de l'épuisement de l'aidant

À tout moment, l'assistant organise et prend en charge (sur justificatifs) à hauteur d'une enveloppe financière maximum de 300 €, soit :

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

4.5.2.2 Santé et bien-être de l'aidant

À tout moment, l'assistant organise et prend en charge (sur justificatifs), soit :

- l'accès à une activité physique adaptée à domicile ou dans un club, à concurrence d'un maximum de 3 séances,
- la mise en place d'une présence à domicile pendant l'absence de l'aidant pour des rendez-vous médicaux à concurrence d'un maximum de 12h,
- l'accès à un conseil médical par téléphone.

4.5.2.3 Soutien pour la vie quotidienne

À tout moment, l'assistant organise et prend en charge (sur justificatifs), soit :

- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement pour une durée maximale de 6 mois,
- l'accès à un soutien moral entre pairs par l'inscription à une association,
- l'accès à un réseau d'entraide et d'échanges par le financement de l'inscription le cas échéant,
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à concurrence d'un maximum de 5 entretiens par année civile.

4.5.2.4 Soutien au maintien de l'activité professionnelle de l'aidant

À tout moment, l'assistant organise et prend en charge (sur justificatifs), soit :

- la mise en place d'une présence responsable et son financement à hauteur d'un maximum de 12h,
- la mise en place d'un portage de repas et son financement à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été prise en charge pour la présence responsable.

4.5.3 Assistance en cas de situation de crise

L'ensemble des prestations est délivré dans le cadre d'un accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire :

- par un psychologue clinicien, en complément du suivi visant à mieux vivre la situation, à travailler autour des émotions générées par la situation et sur la relation aidant/aidé...
- par un travailleur social, en adéquation avec les démarches visant notamment la gestion des impacts de la maladie sur le quotidien, un accès au répit et à son financement et à la mise en relation avec un réseau d'aide de proximité...

4.5.3.1 Empêchement de l'aidant lié à son état de santé

En cas d'hospitalisation de plus de 24h ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'assistant prend en charge (sur justificatifs), soit :

- une prestation d'aide à domicile à concurrence d'un maximum de 15h sur 15 jours,
- une prestation de bien-être ou de soutien à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile : séance(s) de coiffure à domicile ou de pédicure, prestation(s) de livraison de courses alimentaires, service(s) de portage de repas, entretien(s) du linge, séance(s) de coaching santé, coaching nutrition,
- l'organisation et le financement à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile du coût du transport d'un proche au domicile si l'aidant partage habituellement le domicile de la personne aidée,
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile.

4.5.3.2 Épuisement de l'aidant

En cas de situation d'épuisement de l'aidant attestée par un certificat médical d'une part et par l'analyse de l'équipe pluridisciplinaire d'autre part, l'assistant prend en charge (sur justificatifs), soit :

- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de 2 nuits consécutives,
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit,
- l'organisation d'un accueil de jour, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit.

4.5.3.3 Dégradation de l'état de santé de la personne aidée

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de la personne aidée qui engendre une diminution de ses capacités attestées médicalement, l'assistant prend en charge (sur justificatifs), soit :

- une prestation d'aide à domicile à concurrence d'un maximum de 15h sur 15 jours,
- une prestation de bien-être ou de soutien à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile : séance(s) de coiffure à domicile ou de pédicure, prestation(s) de livraison de courses alimentaires, service(s) de portage de repas, entretien(s) du linge, séance(s) de coaching santé, coaching nutrition,
- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile,
- une prestation d'ergothérapeute à raison d'un maximum de 4h d'intervention à domicile.

4.5.4 Fin de la situation d'aidant

À tout moment, l'aidant peut alerter l'équipe pluridisciplinaire sur son besoin de soutien à ce nouveau changement. Un soutien (administratif, psychologique et juridique) renforcé pourra être initié à cette occasion.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois.

4.5.4.1 Lorsque la personne aidée retrouve ses capacités

Lorsque la personne aidée est en état de rémission ou guérison médicalement constatée, l'équipe pluridisciplinaire pourra prendre en charge, soit :

- le coût d'une activité de loisirs permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à concurrence d'un maximum de 3 séances,
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à hauteur d'un maximum de 5 entretiens par année civile,
- l'accès pour l'aidant à une activité physique dans un club, à concurrence d'un maximum de 3 séances.

4.5.4.2 Lorsque la personne aidée décède

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

- le coût de l'inscription à une association permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à hauteur du coût de la cotisation annuelle,
- l'accès à un conseil gestion du budget et organisation du quotidien, à hauteur d'un maximum de 5 entretiens.

4.6 Prestations d'assistance à l'étranger

4.6.1 Cadre d'application spécifique de l'assistance à l'étranger

4.6.1.1 En cas de demande d'assistance à l'étranger

La garantie d'assistance à l'étranger n'est acquise que lors de séjours à titre privé à l'étranger dont la durée n'excède pas 31 jours consécutifs. Si la durée totale du voyage est supérieure à 31 jours ou si aucune date n'est prévue pour le retour ou à la fin du séjour, la couverture cessera de pleins droits 31 jours après la date de départ ou de début de séjour. L'assistant se réserve le droit de réclamer au bénéficiaire tout document attestant des dates de début et de fin de séjour (titres de transports, cartes d'embarquement, réservations d'hôtel...).

La couverture est considérée comme complémentaire en vertu de la présente convention d'assistance. L'assistant ne couvrira aucun coût qui peut être couvert par une autre institution, caisse d'Assurance Maladie, compagnie d'assurance ou mutuelle, à l'exception des montants éligibles dépassant les limites couvertes par cette autre institution, compagnie d'assurance ou mutuelle dans les limites fixées dans la présente notice. L'assistant n'est aucunement responsable des conséquences d'une faute médicale ou d'un traitement insuffisant ou inadéquat.

4.6.1.2 Couverture géographique de l'assistance à l'étranger

Les prestations d'assistance à l'étranger s'appliquent dans tous les pays du monde entier (à l'exception de ceux visés ci-après) et s'entendant hors du pays du domicile du bénéficiaire, à la suite d'un accident, de blessures, d'une maladie soudaine ou d'une hospitalisation imprévue dont le bénéficiaire serait victime. Les garanties sont acquises pour toute la durée du séjour à l'étranger n'excédant pas 31 jours consécutifs et effectué dans le cadre d'un déplacement privé, non professionnel et à but non médical. Sont exclus de la présente garantie les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire ou subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, actes de piraterie, d'interdictions officielles, représailles, restrictions à la

libre circulation des personnes et des biens (quel que soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique...), grèves, explosions, tremblements de terre, cyclones, éruptions volcaniques et autres catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure (liste susceptible de modification, informations disponibles auprès de l'assistance). L'assisteur suit en la matière les avis et recommandations du Ministère des Affaires Étrangères.

4.6.1.3 Faits générateurs dans le cadre de l'assistance à l'étranger

Les prestations sont acquises en cas d'accident, de blessures, de maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue survenant à l'un des bénéficiaires.

Pour pouvoir bénéficier des prestations offertes par la garantie d'assistance à l'étranger, le bénéficiaire doit contacter l'assisteur en indiquant le plus clairement possible le lieu où il se trouve dans un délai de 48h après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou de l'hospitalisation imprévue. Au cas où le bénéficiaire se trouve dans l'incapacité de contacter en personne l'assisteur en raison de son état, toute notification faite par l'un de ses proches, la police, l'établissement de soins, les pompiers, ou toute personne étant intervenue suite au fait générateur, est recevable par l'assisteur.

Règles à observer en cas de demande d'assistance de l'étranger

L'assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense à l'étranger, il est nécessaire :

- d'obtenir l'accord préalable de l'assisteur en appelant ou en faisant appeler sans attendre l'assisteur, au numéro rappelé ci-après :

**Par téléphone depuis l'étranger :
00 33 969 368 776**

- de se conformer aux procédures et aux solutions préconisées par l'assisteur.

Dans le cadre d'avance de frais, le bénéficiaire s'engage à signer lors de la demande d'assistance :

- une autorisation de transmission directe pour permettre à l'assisteur d'effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié pour recouvrer les avances de frais engagées à ce titre,
- une lettre d'engagement sur l'honneur, par laquelle le bénéficiaire s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par l'assisteur en cas de non prise en charge par la Sécurité sociale.

4.6.1.4 Exécution des prestations à l'étranger

Le bénéficiaire doit présenter à l'assisteur des copies conformes des documents suivants, dans un délai de deux mois à compter de la date du fait générateur :

- tout document justifiant de son lieu de domicile habituel et de la durée de son déplacement,
- le procès-verbal officiel émis par la police concernant l'accident,
- une photocopie du passeport et du visa (le cas échéant),
- le dossier médical complet préparé et délivré par le médecin ou l'établissement de soins dans lequel le bénéficiaire a été traité, ainsi que les ordonnances médicales, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'assisteur,
- les factures médicales et hospitalières,
- les factures soumises et le relevé des factures remboursées par la Sécurité sociale.

Et tout autre justificatif que l'assisteur estimera nécessaire pour apprécier le droit aux prestations d'assistance.

À défaut de présentation des justificatifs demandés, l'assisteur pourrait refuser la prise en charge des frais d'assistance et/ou pourrait procéder à la refacturation des frais déjà engagés.

De plus, l'assisteur est exonéré de l'obligation de fournir des prestations dans les cas suivants :

- si le bénéficiaire ne notifie pas à l'assisteur de la survenue de l'accident ou de la maladie soudaine nécessitant une assistance médicale ou autre dans un délai de 48h à partir de la survenue dudit accident ou maladie,
- si le bénéficiaire ne présente pas tous les documents requis pour constituer le dossier relatif à la déclaration,
- si l'assisteur n'a pas donné son accord préalable. Toute décision relative à un changement de traitement, au transfert du bénéficiaire vers un autre centre médical, ou à toute autre mesure médicale nécessaire, y compris les opérations chirurgicales non urgentes, durant la période d'hospitalisation acceptée par l'assisteur, est soumise obligatoirement à l'approbation préalable de l'assisteur, sous peine d'un refus de couverture,
- si le bénéficiaire ou la personne référente du bénéficiaire refuse les prestations de l'assisteur.

4.6.1.5 Obligations du bénéficiaire en cas de demande d'assistance à l'étranger

En cas d'urgence médicale, le bénéficiaire libère du secret médical tous les médecins et membres du personnel paramédical qui ont été amenés à traiter de son cas, avant, pendant et après l'urgence médicale. Le bénéficiaire est tenu de communiquer sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'assisteur, tous les faits et circonstances requis en vertu de la garantie d'assistance à l'étranger.

Toute réticence ou omission dans la communication de ces données donne le droit à l'assisteur de suspendre la garantie d'assistance dès qu'il prend connaissance des dits faits ou circonstances.

Dans le cas où le bénéficiaire a souscrit à une autre police pour le même risque (Assurances et/ou Assistance), il doit la déclarer à l'assisteur.

4.6.2 Prestations d'assistance à l'étranger

4.6.2.1 Le service d'informations et de prévention médicale

L'assisteur met à la disposition du bénéficiaire un service téléphonique disponible 24h/24 et 7j/7 avant et pendant le voyage, et ceci afin de délivrer des informations pratiques, organisationnelles et médicales.

L'équipe médicale de l'assisteur peut également répondre à toute question liée à la santé avant et pendant le voyage du bénéficiaire (réseaux médicaux, modalités de soins, vaccinations, pathologies, hygiène). Ce service est conçu pour écouter, informer, orienter et, en aucun cas, il ne peut se substituer à une consultation médicale sur place. Les informations fournies ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription médicale personnalisée car il est impossible d'établir un diagnostic médical à partir d'un appel téléphonique.

Les conseils seront livrés de façon objective selon les éléments communiqués par téléphone.

En cas d'urgence médicale, il est vivement conseillé de contacter directement les organismes de secours d'urgence locaux auxquels l'assisteur ne peut se substituer.

4.6.2.2 Le service d'accompagnement et d'écoute au cours d'une hospitalisation

Les médecins de l'assisteur sont mobilisés dès l'instant où un bénéficiaire est hospitalisé à l'étranger. Ils apportent un soutien au bénéficiaire ainsi qu'à sa famille en intervenant auprès du médecin en charge sur place, afin de lui apporter toutes les informations nécessaires sur les démarches thérapeutiques envisagées par le médecin en charge.

De plus, si la situation le nécessite (situation de crise, victimologie ou traumatologie), un service d'écoute est mis à disposition du bénéficiaire ainsi qu'à sa famille avec une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue clinicien diplômé.

4.6.2.3 Mise à disposition d'un médecin sur place

Durant son séjour à l'étranger, le bénéficiaire peut contacter l'assisteur afin d'être dirigé si cela est nécessaire et chaque fois que cela est possible vers un médecin désigné par celui-ci dans la région où il se trouve.

Le diagnostic établi par ce médecin et le traitement préconisé par lui entrent dans le cadre de sa responsabilité professionnelle. L'assisteur s'efforce de constituer un réseau de médecins référents dans les pays du monde entier, mais ne peut toutefois être tenu responsable en cas de non-disponibilité, de toute erreur de diagnostic ou de tout traitement inadapté ou inefficace.

4.6.2.4 Frais médicaux à l'étranger à la suite d'une maladie, d'une blessure, d'un accident ou d'une hospitalisation, imprévus

• Avance des frais médicaux

L'assisteur fait l'avance dans la limite de **4 600 € TTC** au bénéficiaire des soins reçus en territoire étranger à la suite d'une maladie, d'une blessure, d'un accident ou d'une hospitalisation, imprévus survenus sur ce territoire.

Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- pour les soins prescrits en accord avec le médecin de l'assisteur ;
- tant que ce dernier juge que le bénéficiaire est intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à dater du jour où l'assisteur est en mesure d'effectuer le transport, même si le bénéficiaire décide de rester sur place.

• Prise en charge du reste à charge des frais médicaux

L'assisteur rembourse, sous condition de prise en charge par la Sécurité sociale et après intervention de celle-ci et des organismes complémentaires, les frais médicaux définis ci-après, à condition que ces frais concernent des soins reçus à l'étranger, sur ordonnance médicale, à la suite d'une maladie, d'une blessure, d'un accident ou d'une hospitalisation, imprévus survenus dans ce pays, dans la limite de 4 600 € TTC.

Frais médicaux couverts à l'étranger :

- honoraires médicaux,
- frais d'urgence,
- frais d'examens complémentaires (analyses, radiologies...) et de contrôle après hospitalisation ou urgence,
- frais d'hospitalisation imprévue,
- frais chirurgicaux imprévus.

Pour donner lieu à remboursement, toutes consultations, hospitalisation et intervention chirurgicale doivent être déclarées à l'assisteur dans les 48h après la survenance de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue.

La prise en charge des frais d'hospitalisation à l'étranger cesse à dater du jour où le bénéficiaire est rentré à son domicile de résidence habituelle.

L'assisteur prend en charge sur présentation d'une facture acquittée, les frais occasionnés pour une prestation dentaire à caractère d'urgence à concurrence de 160 € TTC par séjour à l'étranger, sous condition de prise en charge par la Sécurité sociale et après intervention de celle-ci et d'éventuels organismes complémentaires.

Sont considérés comme soins d'urgence :

- les soins pour calmer la douleur : les dévitalisations, pansements, obturations, extractions,
- les réparations de prothèses dentaires nécessaires pour permettre à nouveau la mastication (la mise en place de nouvelles prothèses conjointes ou adjoindes n'est pas prise en charge).

4.6.2.5 Remboursement des frais téléphoniques

Dans le seul cas de la mise en œuvre des garanties d'assistance à l'étranger, l'assisteur rembourse à concurrence de 100 € par demande les frais téléphoniques restant à la charge du bénéficiaire correspondant aux seuls appels à destination ou provenant de l'assisteur. Ce remboursement s'effectuera exclusivement sur demande du bénéficiaire et sur présentation de la facture détaillée originale de l'opérateur téléphonique.

4.7 Cadre juridique

4.7.1 Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'assisteur » dans la présente convention d'assistance, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou cedex.

4.7.2 Conditions respectives d'application des garanties

4.7.2.1 Comportement abusif

L'assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire du contrat. L'assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'assisteur réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

4.7.2.2 Responsabilité

La responsabilité de l'assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'assisteur.

L'assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

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

L'assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

4.7.2.3 Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de l'assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente convention d'assistance, si celle-ci résulte :

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

4.7.3 Exclusions

4.7.3.1 Exclusions communes à l'ensemble des prestations

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

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

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

4.7.3.2 Exclusions communes à toutes les prestations en cas de demande d'assistance à l'étranger

Dans le cadre de la présente garantie, l'assistant ne prend pas en charge :

- les cas d'assistance dont le fait générateur est antérieur à l'adhésion aux garanties d'assistance et au voyage,
 - les conséquences d'actes intentionnels de la part du bénéficiaire ou les conséquences d'actes dolosifs,
 - les conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'instabilité notoire, de mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure,
 - les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectant diffusés de façon intentionnelle ou accidentelle, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
 - les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool,
 - les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions (ou leurs essais) quelles qu'elles soient, soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque le bénéficiaire y participe en qualité de concurrent,
 - les conséquences des tentatives de suicide,
 - les cures thermales, les interventions à caractère esthétique et leurs conséquences éventuelles, les séjours en maison de repos, la rééducation, kinésithérapie, chiropraxie, les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
 - les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou l'interruption volontaire de grossesse,
 - les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence,
 - les demandes relatives à la procréation ou à la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
 - les dommages survenus au bénéficiaire se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire,
 - les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour,
 - les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple), les frais d'appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires, orthopédiques notamment),
 - les frais de secours et de recherches de toute nature,
 - les frais de soins dentaires supérieurs à 160 € TTC,
 - les frais engagés en France qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus à l'étranger ou dans le pays de résidence habituelle,
 - les frais engagés sans accord préalable de l'assistant et non expressément prévus par la présente convention d'assistance, les frais non justifiés par des documents originaux,
 - les frais liés à la prise en charge d'états pathologiques ne relevant pas de l'urgence, les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination, les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés dans le pays de résidence habituelle, les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
 - les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques engagés dans le pays de résidence habituelle qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie, blessure(s) ou accident survenus hors du pays de résidence habituelle du bénéficiaire,
 - les frais occasionnés par la pratique d'un sport violent (sports de lutte (avec ou sans armes blanches), arts martiaux et boxe) ou sports extrêmes basée sur le milieu dans lequel ils sont pratiqués : les sports aériens (base jump, saut à élastique, vol à voile, parapente, deltaplane, saut en parachute); sports terrestres (alpinisme, escalade) et les sports aquatiques (barefoot, plongeon de haut vol, apnée) exercés en club ou en compétition, en amateur ou en professionnel.
 - les greffes ou ablations d'organes, de tissus ou de cellules,
 - les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le jour du départ en voyage et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse au-delà de la 28ème semaine,
 - les litiges dont le bénéficiaire avait connaissance lors de l'adhésion aux garanties d'assistance,
 - les voyages entrepris et les frais engagés dans un but de diagnostic et/ou de traitement lié à un état pathologique antérieur,
 - tout acte intentionnel de la part du bénéficiaire pouvant entraîner la mise en œuvre des garanties d'assistance,
 - toute imprudence ou risque inutile pris par le bénéficiaire, ou tout manquement de sa part à prendre des mesures raisonnables de précaution, sauf s'il a agi pour tenter de sauver une personne en danger,
 - un fait générateur trouvant son origine dans une maladie et/ ou blessure préexistante(s) diagnostiquée(s) et/ou traitée(s) ayant fait l'objet d'une hospitalisation (hospitalisation continue, hospitalisation de jour ou ambulatoire) dans les 6 mois précédant la demande d'assistance, qu'il s'agisse d'une manifestation ou de l'aggravation dudit état.
 - les frais de transports médicaux (y compris de rapatriement sanitaire) à l'étranger ou de l'étranger vers la France sont exclus de la présente garantie pour la partie « 4.6 Prestations d'assistance à l'étranger ».
- De même, le bénéficiaire n'est pas couvert s'il voyage dans les cas suivants :
- contrairement à l'avis de son médecin, après avoir reçu un diagnostic de maladie chronique en phase terminale,
 - lors d'une période de maladie, de traitement important ou d'incapacité à travailler, s'il doit subir une opération chirurgicale, sans que cela n'ait été encore fait.

Concernant les remboursements des frais médicaux à l'étranger :

Les garanties sont mises en œuvre sans préjudice des dispositions des articles L. 871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et des textes pris pour leur application. À ce titre, est exclue la prise en charge des franchises médicales et des participations forfaitaires dans l'hypothèse où elles ont été appliquées par la Sécurité sociale.

4.7.4 Nullité de la prestation

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'assistant, le bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'assistant étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'assistant ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

4.7.5 Recours

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

4.7.6 Subrogation

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

4.7.7 Prescription

Toutes actions dérivant de l'exécution des présentes conditions générales 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 (article L. 221-11 du Code de la mutualité).

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 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

4.7.8 Protection des données personnelles

Les données personnelles du bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 Vertou cedex feront l'objet d'un traitement automatisé.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des bénéficiaires. À défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des bénéficiaires. Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé

Les données de santé du bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Économique Européen.

Les données personnelles des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exercent auprès de RMA.

Le bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 Vertou cedex.

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à : OPPOSETEL - Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes, ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

4.7.9 Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social :

RMA – Direction Assistance et Accompagnement
46 Rue du Moulin – CS 32427,
44124 Vertou cedex

Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, par mail (mediation@mutualite.fr) ou à l'adresse suivante :

Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15

4.7.10 Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.



Suravenir Assurances

Entreprise régie par le Code des assurances

Société Anonyme au capital entièrement libéré de 38 265 920 € ayant son siège social situé 2, rue Vasco de Gama - Saint Herblain, immatriculé au RCS de Nantes sous le n°343 142 659.

Société soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex

Media Courtage

Société par Actions Simplifiée au capital de 1 290 900 €

Courtier en assurance enregistré à l'ORIAS sous le numéro 10.059.534

R.C.S Brest 524 259 975

Siège social : Z.I Kerscao - Rue Jean Fourastié - 29480 Le Relecq-Kerhuon

