



AcommeAssure.com

Le Comparateur Conseil en assurances



ELAN MUTUEL

NOTICE D'INFORMATION

valant conditions générales

CONVENTION D'ASSISTANCE



un produit assuré par :

**SURAVENIR
ASSURANCES** 

UNE FILIALE DU **Crédit Mutuel ARKEA**

VOS CONDITIONS GÉNÉRALES

Pour vous offrir une assurance Complémentaire Santé complète, aux garanties sérieuses, nous avons conçu des formules de garanties qui prennent soin de vous.

Votre contrat d'assurance Complémentaire Santé se compose de documents que vous devez conserver :

✓ **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 le plan de paiement.

✓ **Les présentes Conditions Générales**

Ce document contient toutes les informations concernant votre contrat, la description des garanties assorties des exclusions que vous devez connaître et des obligations que vous devez respecter :

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

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

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 le modifier pour qu'il soit toujours adapté à votre situation.

Votre contrat est un contrat d'assurance complémentaire santé individuel.

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

Les souscripteurs :

AcommeAssure (édité par Media Courtage), société par actions simplifiées au capital de 200 000 € -
Siège social : 2 avenue Georges Pompidou 29200 Brest – courtier en assurances inscrit à l'ORIAS sous le numéro 10.058.534 vérifiable sur www.orias.fr (RCS.524.259.975 BREST) – SIRET n°524 259 975 00018 et l'Association de Prévoyance Collective et d'Assurance Santé - « APCAS » - agissant pour le compte de ses adhérents.

Après de l'assureur :

Suravenir Assurances, entreprise régie par le Code des Assurances, société anonyme au capital entièrement libéré de 38 265 920 €, dont le siège est situé – 2 rue Vasco de Gama, Saint Herblain - 44931 Nantes Cedex 9.

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 (Art. 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.

SOMMAIRE

1. Tableau des niveaux de garanties.....	4
2. Votre contrat.....	5
2.1. L'objet du contrat.....	5
2.2. Les assurés	5
2.3. Vos garanties	5
2.4. Les remboursements	8
2.5. Les exclusions	8
2.6. La territorialité.....	8
3. La vie de votre contrat	9
3.1. La prise d'effet et la durée de vos garanties.....	9
3.2. Vos déclarations	9
3.3. Votre cotisation	9
3.4. La modification de votre contrat	10
3.5. La résiliation.....	10
3.6. Les dispositions diverses	11
4. La convention d'assistance.....	13
4.1. Modalités d'intervention	13
4.2. Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance	13
4.3. Lexique	14
4.4. Prestations d'assistance aux personnes	15
4.5. Dispositions générales	19

Quelques définitions

ADHÉRENT	La personne qui signe le Bulletin d'Adhésion.
ASSURÉ	Toute personne couverte par le contrat et désignée sur le Bulletin d'Adhésion.
AUTOMÉDICATION	L'automédication a été définie en France par le Conseil de l'Ordre des Médecins comme étant « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tel et ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché, avec la possibilité d'assistance et de conseil des pharmaciens ».
AYANT DROIT	L'ayant droit (enfant, conjoint, autre) est la personne rattachée à un ouvrant droit. Les ayants droit de plus de 16 ans sont détenteurs de leur propre carte Vitale.
CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS	Les contrats d'accès aux soins (CAS), initialement programmés au 1 ^{er} juillet 2013, sont entrés en vigueur au 1 ^{er} décembre 2013. Les médecins du secteur 2, tout comme les anciens chefs de clinique du secteur 1, peuvent adhérer au nouveau contrat d'accès aux soins. Certains médecins du secteur 1 peuvent également faire valoir ce droit, sous réserve de certains titres. Ces contrats d'accès aux soins ont pour objectif de favoriser l'accès des patients à des tarifs opposables (tarifs Sécurité sociale) et réduire leur reste à charge.
ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS	Tout établissement considéré « établissement spécialisé et ou de moyen séjour » tel que défini par votre Régime Obligatoire de Sécurité sociale par la loi du 31 décembre 1970.
FRAIS AMBULATOIRES	Frais exposés pour une maladie ou un accident, dans le cadre d'une hospitalisation en ambulatoire et ne donnant pas lieu à remboursement par le Régime Obligatoire.
HOSPITALISATION	Tout séjour effectué sous surveillance médicale dans un hôpital, clinique ou centre agréé, ainsi que toute hospitalisation à domicile ayant donné lieu à une facturation établie par l'établissement hospitalier public.
NOUS	Suravenir Assurances.
OUVRANT DROIT	L'ouvrant droit est la personne assujettie à titre personnel ou obligatoire à un régime d'Assurance Maladie.
PARAPHARMACIE	La parapharmacie est un espace de vente de produits de soins, de bien-être, d'hygiène, de compléments alimentaires qui sont accessibles sans prescription médicale.
PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS	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'usager de la santé conditionne la prise en charge normale de ses dépenses de santé par la Sécurité sociale. 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).
TARIF D'AUTORITÉ	Tarif fixé par arrêté ministériel s'appliquant aux professionnels de santé non conventionnés.
TARIF DE CONVENTION	Tarif établi par convention entre les professionnels de santé conventionnés et la Sécurité sociale.
TARIF DE RESPONSABILITÉ OU BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	Tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements. Il désigne le tarif de convention et le tarif d'autorité.
TICKET MODÉRATEUR	Partie du tarif de convention (dit aussi tarif de responsabilité) de la Sécurité sociale, laissée à la charge de l'assuré social et pouvant être pris en charge par les mutuelles santé ou assurances santé.
VOUS	Se reporter à la définition « assuré ».

1. Tableau des niveaux de garanties

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins coordonné. Ils excluent la participation forfaitaire et la franchise de l'assuré qui restent à sa charge, conformément à la loi. Les garanties en pourcentage sont exprimées par rapport à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en incluant son remboursement. 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. Les garanties s'appliquent dans les conditions, limites et exclusions des Conditions Générales du contrat et du Bulletin d'Adhésion souscrits.

	BUDGET	EQUILIBRE	CONFORT
Hospitalisation ⁽¹⁾			
Séjour Hospitalier			
Frais de séjour	100%	100%	100%
Soins et honoraires signataires du CAS ⁽²⁾	100%	100%	150%
Soins et honoraires non signataires du CAS ⁽²⁾	100%	100%	130%
Chambre particulière	non	non	50€/ jour
Forfait hospitalier ⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport	100%	100%	100%
Les + Hospi			
Lit accompagnant enfant à charge de - de 16 ans			
Frais annexes (tv, tel, journaux, wifi)	non	non	15€ / jour
Frais ambulatoires			
Assistance			
En cas de maladie, d'accident ou de maternité	non	non	oui
Soins courants			
Actes médicaux			
Consultations de généralistes et de spécialistes signataires du CAS ⁽²⁾	100%	100%	150%
Consultations de généralistes et de spécialistes non signataires du CAS ⁽²⁾	100%	100%	130%
Radiologie, échographie, analyses, auxiliaires médicaux signataires du CAS ⁽²⁾	100%	100%	150%
Radiologie, échographie, analyses, auxiliaires médicaux non signataires du CAS ⁽²⁾	100%	100%	130%
Pharmacie	100%	100%	100%
Automédication	non	non	15€ / an
Petits appareillages, prothèses auditives	100%	100%	100%
Cure thermales acceptées par la Sécurité sociale	non	non	100%
Prévention			
Patch anti tabac, vaccin anti grippe, contraception	20€ / an	20€ / an	50€ / an
Les +			
Ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, diététicien	non	non	60€ / an
Forfait naissance	150€	150€	150€
Dentaire et Optique			
Dentaire			
Soins dentaires	100%	150%	150%
Prothèses dentaires et orthodontie	100%	200%	200%
Prothèses dentaires et implants dentaires (hors prothèses provisoires) non remboursés par la Sécurité sociale	non	Plafond annuel de 1 000€ 150€ / an	Plafond annuel de 1 000€ 150€ / an
Optique ⁽⁴⁾			
Monture et 2 verres simples	50€ / 2 ans	150€ / 2 ans	150€ / 2 ans
Monture et 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe	125€ / 2 ans	200€ / 2 ans	200€ / 2 ans
Monture et 2 verres complexes ou très complexes	200€ / 2 ans	250€ / 2 ans	250€ / 2 ans
Monture et 1 verre complexe + 1 verre très complexe			
Lentilles-opération de la myopie	100% + 50€ / an	100% + 150€ / an	100% + 150€ / an
Option Eco : une réduction sur votre cotisation moyennant des actes de gestion restant à votre charge.	Option	Option	Option

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

(2) CAS : Contrat d'Accès aux Soins.

(3) Dans la limite des frais réels actuels au 01/01/2015 de 18€ par jour.

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

Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 et verres multifocaux ou progressifs.

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

La prise en charge de la monture est limitée dans tous les cas à 150 €.

2. Votre contrat

2.1. L'objet du contrat

Il convient de vous reporter à votre Bulletin d'Adhésion pour identifier les garanties souscrites.

Le présent contrat a pour objet d'accorder aux assurés désignés sur le Bulletin d'Adhésion, le remboursement des frais médicaux, survenus pendant la période d'adhésion, occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité.

Ce remboursement est un complément des prestations en nature versées par le Régime Obligatoire ou personnel d'Assurance Maladie de l'assuré.

Le contrat s'inscrit dans le cadre législatif et réglementaire des contrats dits « responsables » institué par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et ses différents décrets d'application. À ce titre, il ne couvre pas la participation forfaitaire prévue à l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et 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.

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 revues sans délai en cas de modifications des textes de la Sécurité sociale.

2.2. Les assurés

Peuvent être assurés les personnes physiques bénéficiant d'un régime obligatoire ou personnel de Sécurité sociale, acceptées par Suravenir Assurances et désignées sur votre Bulletin d'Adhésion.

Ces personnes désignées peuvent être :

- l'adhérent, assujéti à un Régime Obligatoire ou personnel d'Assurance Maladie, et âgé de 18 ans à moins de 70 ans révolus,
- son conjoint ou concubin, assujéti à titre personnel ou d'ayant droit,
- les enfants et les autres ayants droit (adultes à charge) de l'adhérent ou de son conjoint ou concubin.

Vos enfants peuvent être rattachés à votre contrat jusqu'à 25 ans révolus.

Tous les ayants droit d'un même ouvrant droit doivent être rattachés sur le même contrat.

Un ayant droit est rattaché à un ouvrant droit et un seul, en fonction des indications portées sur la carte d'assuré social.

Une même personne ne peut être assurée que par un seul contrat.

L'adhérent est la personne qui signe le Bulletin d'Adhésion. Il peut ne pas faire partie des personnes assurées.

2.3. Vos garanties

Vos dépenses sont couvertes dans les conditions et limites des niveaux de garanties souscrits indiqués sur votre Bulletin d'Adhésion.

2.3.1 L'hospitalisation

Votre contrat couvre, en fonction de la formule choisie :

- le forfait hospitalier,
- les frais de soins et de salle d'opération,
- les honoraires médicaux ou chirurgicaux,
- les frais de transport,
- les frais de séjour.

Les plus de la formule Confort :

- la « chambre particulière » vous permet de couvrir le supplément pour chambre particulière non pris en charge par les organismes d'Assurance Maladie,
- le forfait « + Hospi » vous permet de couvrir les autres frais non pris en charge par les organismes d'Assurance Maladie, sur présentation des justificatifs de paiement :
 - 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.
- l'assistance.

Les montants des forfaits sont exprimés par jour et par assuré.

Dans les cas de séjour en établissement, centre, ou unité spécialisé (rééducation, maison de repos ou convalescence, sanatorium, aérium, psychiatrie, etc.) :

- nous ne prenons pas en charge la chambre particulière,
- le forfait « + Hospi », ainsi que la prise en charge du forfait journalier, sont limités à 30 jours / an consécutifs ou non seul le ticket modérateur est couvert.

2.3.2 Les actes médicaux

Votre contrat couvre, en fonction de la formule choisie :

- 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'examens et actes de prélèvement,
- les frais de radiologie, d'échographie.

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 au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) :

La prise en charge des dépassements d'honoraires sera plafonnée à 100 % du tarif de la Sécurité sociale selon la formule choisie.

2.3.3 La pharmacie

Votre contrat couvre, en fonction de la formule choisie, les médicaments prescrits et pris en charge par votre Régime Obligatoire de Sécurité sociale, inscrits sur la liste des médicaments ayant reçu l'autorisation de commercialisation par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et achetés en pharmacie.

Les plus de la formule Confort :

L'automédication : nous vous remboursons, dans la limite du forfait annuel correspondant au niveau de garanties choisi, les médicaments non prescrits et achetés en pharmacie, sur présentation d'un justificatif de paiement.

Les produits de parapharmacie ne sont pas couverts par la garantie automédication.

2.3.4 Les cures thermales

Votre contrat assure, en fonction de la formule choisie, la prise en charge du ticket modérateur lié aux traitements et honoraires de cure thermale acceptée par votre Régime Obligatoire de Sécurité sociale.

2.3.5 La prévention

En application de la loi du 13 août 2004 et conformément à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale, votre contrat couvre, en fonction de la formule choisie, un forfait annuel permettant de faire face aux actes de prévention tels que définis par l'arrêté du 8 juin 2006 :

- le patch anti-tabac,
- le vaccin antigrippe,
- la contraception,

sur présentation d'un justificatif de paiement.

Le montant du forfait est versé en une ou plusieurs fois, dans la limite du montant indiqué sur votre Bulletin d'Adhésion.

2.3.6 Les +

Votre contrat couvre, en fonction de la formule choisie, un forfait annuel permettant de faire face aux actes non remboursés par votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie :

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

sur présentation d'un justificatif de paiement.

Le montant du forfait est versé dans la limite du montant indiqué sur votre Bulletin d'Adhésion.

Les plus :

Un forfait naissance, versé automatiquement pour tout enfant nouveau-né ou adopté, désigné au contrat dans les 3 mois qui suivent la naissance ou l'adoption de l'enfant.

2.3.7 Le dentaire

Votre contrat couvre, en fonction de la formule choisie :

- les soins dentaires qui incluent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux,
- les prothèses dentaires remboursées ou non par votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie,
- l'orthodontie acceptée par votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie,
- les implants dentaires pris en charge ou non par votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

Le remboursement des prothèses dentaires s'effectue dans la limite des plafonds prévus par votre niveau de garanties.

2.3.8 L'optique

Votre contrat couvre, en fonction de la formule choisie :

- les verres et montures médicalement prescrits et acceptés par votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie,
- les lentilles (y compris les lentilles jetables) médicalement prescrites, acceptées ou non par votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie,
- la chirurgie liée au traitement de la myopie.

Les plus :

Un **forfait** supplémentaire pour compléter le remboursement de la Sécurité sociale, versé en une ou plusieurs fois, dans la limite du montant indiqué sur votre Bulletin d'Adhésion.

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 (monture et verres) tous les deux ans à compter de la date d'achat, à l'exception des mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut alors être remboursé tous les ans.

2.3.9 L'option Éco

Votre contrat vous permet de maîtriser votre budget en réalisant des économies sur le montant de vos cotisations, moyennant l'application d'actes de gestion sur certaines prestations.

Application d'acte de gestion

Les frais de prestation sont calculés par acte pour les soins médicaux et par ordonnance pour les prescriptions médicamenteuses.

Ils s'appliquent, par bénéficiaire, pour les dépenses liées aux actes et prescriptions suivants et dans les limites annuelles indiquées ci-dessous pour chacun des bénéficiaires :

- consultations et visites : application sur chaque acte, sans limitation,
- pharmacie : application par ordonnance y compris renouvellement d'ordonnance, sans limitation,
- actes de radiologies : application sur chaque acte, limité à 10 actes par an et par bénéficiaire,
- actes de biologies : application sur chaque acte, limité à 10 actes par an et par bénéficiaire,
- actes d'auxiliaires médicaux: application sur chaque acte, limité à 10 actes par an, par spécialité et par bénéficiaire,
- soins dentaires: application sur chaque acte, limité à 10 actes par an et par bénéficiaire,
- prothèses autres que dentaires : application sur chaque acte, sans limitation,
- frais de transport (hors hospitalisation) : application sur chaque acte, limité à 10 actes par an et par bénéficiaire,
- forfait journalier hospitalier : application par jour, sur les 10 premiers jours d'hospitalisation, consécutifs ou non, par an et par bénéficiaire.

Les frais de prestation ne s'appliquent pas pour les dépenses liées aux actes et prescriptions suivants : prothèses dentaires et orthodontie, cures thermales, primes de naissance, frais de séjour et honoraires en cas d'hospitalisation, chambre particulière.

Lorsque votre contrat prévoit un remboursement inférieur au montant des frais de prestation, nous limitons ces frais au montant du remboursement prévu, l'acte concerné étant toutefois décompté du plafond de limitation s'il y a lieu.

Modalités d'application d'actes de gestion

Le montant des frais de prestation sera déduit de vos remboursements. En cas de dépenses couvertes par le tiers payant, les frais de prestation liés à ces remboursements seront déduits d'un prochain remboursement.

En cas de reste dû au titre des frais de prestation, nous vous informons du solde et des actes de prescriptions concernés sur le décompte détaillé des prestations. Dans ce cas, un prélèvement complémentaire est effectué directement sur le compte bancaire.

L'évolution des actes de gestion

Ils peuvent être réévalués tous les ans à l'échéance principale en fonction de l'évolution annuelle des dépenses de santé (indice publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés).

La renonciation à l'option

Vous avez la possibilité de renoncer à l'option Éco à l'échéance principale de votre contrat. Il vous suffit pour cela de nous en informer dans un délai de 30 jours précédant l'échéance principale de votre contrat.

En contrepartie, la réduction de votre cotisation est supprimée.

2.4. Les remboursements

Vos soins sont pris en charge dans les conditions et limites des niveaux de garanties souscrits mentionnés au Bulletin d'Adhésion, dans la limite des frais réels et du tarif de responsabilité.

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 de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale en vigueur le jour de la souscription. Elles seront revues sans délai en cas de modifications des textes de la Sécurité sociale.

Les documents à nous transmettre

Hors Tiers Payant, pour obtenir le remboursement des prestations garanties, vous disposez d'une année à compter de la date des soins pour nous transmettre :

- les originaux des décomptes de remboursement de la Sécurité sociale, 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 la Sécurité sociale,
- une attestation du montant des prestations éventuellement versées par d'autres organismes,
- sur demande de Suravenir Assurances, toute pièce justificative de l'origine et de la nature de l'affection.

En l'absence des justificatifs demandés, les frais réels seront réputés ne pas excéder le tarif de responsabilité de la Sécurité sociale.

Vous vous exposez à la déchéance de vos garanties en cas de :

- fausses déclarations sur les causes, circonstances et conséquences de l'affection,
- non déclaration de l'existence d'autres assurances pour le même risque,
- utilisation de documents ou justificatifs inexacts ou falsifiés, ou de moyens frauduleux.

2.5. Les exclusions

Indépendamment des exclusions particulières prévues au titre de chaque garantie, nous ne prenons pas en charge :

- les frais consécutifs aux soins ou hospitalisations effectués ou ayant débutés avant la date d'effet du présent contrat,
- les actes ou prescriptions ne donnant pas lieu à une prise en charge par votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie sauf indications sur votre Bulletin d'Adhésion,
- les séjours effectués dans des établissements ou services de gériatrie ou de long séjour, dans les maisons d'accueil spécialisées, d'institutions médicales professionnelles, éducatives ou psychopédagogiques.

Autres exclusions :

- la faute intentionnelle de l'assuré ou la participation à une rixe,
- l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement,
- la guerre civile ou étrangère, les émeutes ou mouvements populaires (Art L 121-8 du Code des Assurances),
- la désintégration et la fusion du noyau atomique,
- l'état alcoolique et ses conséquences, c'est-à-dire, les frais directement ou indirectement consécutifs à un taux d'alcoolémie supérieur ou égal à celui défini dans le cadre de la réglementation sur la circulation automobile, en vigueur au jour du sinistre.

2.6. La territorialité

Vos garanties s'exercent en France et dans le monde entier, dès lors que votre Régime Obligatoire de Sécurité sociale prend en charge les frais médicaux concernés. Le règlement des prestations est effectué en France et en euros.

3. La vie de votre contrat

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

Sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation, vos garanties prennent effet sans délai d'attente, à la date figurant sur votre Bulletin d'Adhésion.

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.

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.

Les omissions ou inexactitudes non intentionnelles peuvent entraîner la résiliation du contrat dans un délai de 10 jours (article L 113.9 du Code des Assurances).

3.2.2 En cours du contrat

Vous devez nous déclarer toutes les modifications survenant pendant la durée de votre adhésion, telles que :

- le changement de domicile,
- la modification de la composition de votre famille, notamment mariage, naissance, décès,
- le changement de situation au regard du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie,
- le changement d'activité professionnelle,
- le départ à l'étranger,
- la souscription d'autres contrats personnels ou collectifs couvrant tout ou partie des mêmes risques.

Ces modifications doivent nous être signalées dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance.

En cas d'aggravation de risque liée à l'un de ces événements et non liée à votre état de santé :

- soit nous vous proposons une augmentation de cotisation,
- soit nous résilions votre contrat, notamment en cas de départ à l'étranger.

En cas de diminution de risque, nous vous proposons une diminution de votre cotisation.

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.

En cas de non-paiement de l'intégralité ou d'une partie de la cotisation à sa date d'exigibilité :

- les fractions de cotisations non encore réglées seront exigées pour toute l'année d'assurance en cours et augmentées des frais de non-paiement,
- dans le cas d'une cotisation fractionnée, la périodicité devient automatiquement annuelle.

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 :

- la cotisation annuelle devient exigible, même en cas de paiement fractionné,
- 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.

3.3.2 L'évolution de votre cotisation

Vos cotisations évoluent chaque année à l'échéance principale de votre contrat, dans le respect de la loi Évin (non prise en compte de l'état de santé), en fonction de :

- l'évolution des dépenses de santé fournie par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie de l'année en cours,
- et notamment de la formule choisie, votre âge, les résultats techniques, mais aussi 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, les modifications de contrat prennent effet le jour suivant la modification.

Nous nous réservons, au préalable, le droit de solliciter auprès de vous, tous documents permettant d'apprécier le risque en relation avec la nouvelle situation souhaitée et de donner ou non notre accord aux modifications demandées dans le respect de la loi Évin.

3.5. La résiliation

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

Il est possible de le résilier dans les cas et selon les modalités suivantes.

Cas de résiliation	Par qui ?	Article du Code des Assurances
• À chaque échéance annuelle moyennant un préavis de 1 mois par lettre recommandée adressée à l'assureur.	VOUS	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.	VOUS	L 113-15-1
• Si vous changez : - de domicile, - de situation ou régime matrimonial, - de profession, ou si vous cessez toute activité professionnelle, et si ce changement affecte la nature du risque garanti, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La résiliation doit être faite dans les 3 mois qui suivent l'événement et prend effet 1 mois après notification.	VOUS 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.	VOUS	R 113-10 L 113-4
• Si nous augmentons la cotisation de référence	VOUS	
• 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.	VOUS	
• En cas de cessation d'affiliation au régime de Sécurité sociale français.	VOUS ou Nous	
• À chaque échéance annuelle moyennant un préavis de 2 mois par lettre recommandée à votre dernier domicile connu.	NOUS	L 113-12
• En cas d'aggravation du risque. • En cas de déclarations incomplètes ou inexacts du risque, moyennant un préavis de 10 jours par lettre recommandée. • En cas de non-paiement de la cotisation.	NOUS	L 113-4 et L 113-12-1 L 113-9 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'HERITIER ou NOUS	
• Si l'agrément nous est retiré par le Ministère de Tutelle.	DE PLEIN DROIT	L 326-12

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).

Modalités de résiliation

Lorsque vous avez la faculté de résilier votre contrat, votre demande peut être faite (en dehors des cas où une lettre recommandée est obligatoire), en respectant les délais de préavis :

- soit par lettre recommandée, adressée à Suravenir Assurances,
- soit directement par une déclaration faite contre récépissé auprès de notre mandataire,
- soit par acte extrajudiciaire.

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

La prescription est la date ou période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable. Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par un délai de deux ans. Ce délai commence à courir du jour de l'événement qui donne naissance à cette action, dans les conditions déterminées par les articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ainsi que dans les cas ci-après :

- par la désignation d'un médecin expert à la suite d'un litige,
- par envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception de Suravenir Assurances à l'assuré en ce qui concerne le paiement des cotisations, de l'assuré à Suravenir Assurances en ce qui concerne le remboursement des prestations,
- par citation en justice,
- par commandement ou saisie signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire.

3.6.3 Informatique et Libertés

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance, des données à caractère personnel vous concernant sont collectées par l'assureur, responsable du traitement, et sont nécessaires au traitement informatique de votre demande, pour des finalités d'information commerciale ainsi que de gestion et d'évaluation du risque. Ces informations ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux organismes assureurs, réassureurs, établissements et sociétés du Groupe ainsi qu'à ses prestataires ou toute personne appelée à en avoir connaissance dans le cadre de la gestion d'un sinistre et tout autre organisme professionnel habilité à centraliser les données issues des contrats d'assurance.

Un dispositif d'enregistrement et d'écoute éventuelle des conversations téléphoniques a été mis en place par l'assureur, pour des raisons de qualité de service. Ces enregistrements sont exclusivement destinés à l'usage interne de l'assureur. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motifs légitimes et de suppression des données ou enregistrements vous concernant en vous adressant par mail à l'adresse : cil@suravenir-assurances.fr ou par courrier à : Suravenir Assurances, Service traitant les demandes Informatiques et Libertés : 44 931 Nantes Cedex 9.

3.6.4 Le cumul d'assurance

Les remboursements ou les indemnités 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.

Lorsque plusieurs assurances couvrant les mêmes risques sont souscrites conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, l'assuré est indemnisé, en premier lieu par l'assureur déclaré auprès de son Régime Obligatoire.

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.

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, sans motif ni pénalité.

Modalité d'exercice du droit à rétractation : vous devez adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à votre assureur.

Modèle de lettre :

« 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. »

Toutefois, 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 du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

3.6.6 La médiation

En cas de difficultés relatives à la vie de votre contrat, consultez d'abord votre interlocuteur habituel. Vous avez également la possibilité d'adresser votre réclamation à :

Responsable des relations consommateurs

Suravenir Assurances - 44931 Nantes cedex 9

Une réponse vous sera apportée dans un délai de 2 mois à compter de la réception de votre réclamation.

3.6.7 L'autorité de contrôle

L'autorité en charge du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout – 75436 Paris cedex 09.

4. La convention d'assistance

Préambule

La présente convention d'assistance précise le contenu et les limites des prestations d'assistance accordées aux clients ayant souscrit un contrat d'assurance Santé auprès de AcommeAssure. Elle détermine les prestations qui seront fournies par EUROP ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des Assurances (Société anonyme au capital de 23 601 857 €, dont le siège est situé - 1 Promenade de la Bonnette - 92230 Gennevilliers) aux titulaires d'un contrat d'assurance Santé.

4.1. Modalités d'intervention

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

Afin de nous permettre d'intervenir, nous vous recommandons de préparer votre appel.

Nous vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
- votre numéro de contrat.

Si vous avez besoin d'assistance, vous devez :

- nous appeler sans attendre au n° de téléphone : 01 41 85 94 53,
- **obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,**
- vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Nous nous réservons le droit de vous demander tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance.

Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

4.2. Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance

4.2.1 Validité et durée du contrat

Elle suit celle du contrat d'assurance santé et cesse à la même date, si celui-ci est résilié du fait de l'adhérent ou de l'assureur.

4.2.2 Conditions d'application

EUROP ASSISTANCE intervient à la condition expresse que l'événement qui l'amène à fournir la prestation demeurerait incertain.

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale.

4.2.3 Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le bénéficiaire s'engage soit à réserver à EUROP ASSISTANCE le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient soit à rembourser à EUROP ASSISTANCE les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

4.2.4 Étendue territoriale

Les prestations d'assistance de la présente convention s'appliquent en France métropolitaine.

4.3. Lexique

ACCIDENT	Toute lésion corporelle médicalement constatée atteignant le bénéficiaire, provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
AFFECTION LONGUE DURÉE (ALD)	<p>Une affection de longue durée exonérante est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de six mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à la prise en charge à 100 %. Il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ des affections de longue durée inscrites sur une liste établie par le Ministre de la Santé (liste des A.L.D. 30),▪ des affections non inscrites sur la liste et répondant aux critères suivants : forme évolutive ou invalidante d'une affection grave caractérisée pour des soins d'une durée prévisible de plus de six mois,▪ et des polyopathologies invalidantes nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois. <p>Une affection de longue durée non exonérante est une affection qui nécessite une interruption de travail ou des soins d'une durée supérieure à six mois, mais qui n'entre pas dans l'une ou l'autre des catégories ci-dessus et qui n'ouvre pas les droits à la prise en charge à 100 %.</p>
BÉNÉFICIAIRE	<p>Sont considérées comme bénéficiaires des prestations assistance les personnes désignées sur le Bulletin d'Adhésion du contrat Élan Mutuel, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ le souscripteur d'un contrat d'assurance Santé, auprès de AcommeAssure, 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 « complémentaire santé », les prestations d'assistance ne sont pas accordées,▪ son conjoint ou concubin 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. <p>Dans la présente convention d'assistance les bénéficiaires sont désignés par le terme « vous ».</p>
DOMICILE	Par domicile, il faut entendre le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire en France métropolitaine et Principauté de Monaco.
HOSPITALISATION	<p>Tout séjour effectué sous surveillance médicale dans un hôpital, clinique ou centre agréé, ainsi que toute hospitalisation à domicile ayant donné lieu à une facturation établie par l'établissement hospitalier public hors établissement spécialisé.</p> <p>Nous nous réservons le droit de demander tout justificatif au bénéficiaire.</p>
IMMOBILISATION AU DOMICILE	Toute immobilisation d'un bénéficiaire prescrite par un médecin, consécutive à un accident ou à une maladie.
MALADIE	Une altération de la santé dûment constatée par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

4.4. Prestations d'assistance aux personnes

4.4.1 En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire d'une durée supérieure à 2 jours à la suite d'une maladie, ou d'un accident

4.4.1.1. Présence hospitalisation

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour en train 1^{ère} classe ou par avion en classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile en France métropolitaine ou à Monaco, afin qu'elle se rende au chevet du bénéficiaire hospitalisé.

4.4.1.2. Aide-ménagère

Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour vous venir en aide à votre domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu'à **20 heures** de travail pendant votre hospitalisation ou durant votre convalescence au domicile (minimum de 2 heures à la fois et maximum de 10 heures par jour).

L'utilisation du service doit intervenir dans les 30 jours suivant le début de l'hospitalisation et/ou le retour d'hospitalisation.

À défaut de la présentation des justificatifs nécessaires à la prise en charge de la prestation, nous nous réservons le droit de vous refacturer l'intégralité de la prestation.

En cas d'Affection Longue Durée

- nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu' à 40 heures de travail. **L'utilisation du service doit intervenir dans les 60 jours suivant le début de la première hospitalisation et/ou le retour de celle-ci,**
- au delà de cette prise en charge, nous vous proposerons de prolonger le service d'aide-ménagère à domicile : l'ensemble des coûts inhérents à cette prolongation reste à votre charge.

4.4.1.3. Assistance aux enfants de moins de 16 ans

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou de décès d'un des parents bénéficiaires à la suite d'une maladie ou d'un accident, et si aucun autre bénéficiaire se trouve dans la possibilité de s'occuper des enfants de moins de 16 ans, il pourra prétendre à l'un des 3 services suivants :

- soit la recherche d'une personne pour garder ses enfants de moins de 16 ans dans la limite des disponibilités locales. Nous prenons alors en charge les frais de garde à concurrence de 10 heures consécutives par jour et pendant 3 jours de suite. Dans l'hypothèse où les déplacements de l'enfant durant le temps de garde nécessitent l'accompagnement d'un adulte, cette personne s'en chargera ; cependant, en aucun cas, elle n'utilisera son véhicule personnel,
- soit la mise à disposition, d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, d'un billet de train aller/retour en 1^{ère} classe ou un billet d'avion de ligne en classe économique depuis son domicile et jusqu'au domicile du bénéficiaire pour lui permettre d'effectuer la garde des enfants,
- soit l'organisation et la prise en charge du transfert aller/retour des enfants de moins de 16 ans par train en 1^{ère} classe ou par avion de ligne en classe économique depuis leur domicile et jusqu'au domicile d'un parent résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco.

4.4.1.4. *Transport et garde d'animaux de compagnie (chien/chat)*

Si vous n'êtes plus en mesure de vous occuper de vos animaux de compagnie, sur votre demande :

- nous organisons et prenons en charge le transfert de vos animaux de compagnie (chien ou chat) jusqu'à la destination de votre choix située en France et dans un **rayon de 50 km autour de votre domicile**.
Les frais de garde restent à la charge du bénéficiaire,

OU

- nous organisons et prenons en charge le transport de vos animaux ainsi que leurs frais d'hébergement dans l'établissement de garde proche de votre domicile à concurrence de **229 € TTC** pendant la durée de votre séjour à l'hôpital.

Cette garantie est soumise au respect des conditions de transport, d'accueil et d'hébergement définies par les prestataires et établissements de garde sollicités (notamment vaccinations à jour, versement éventuel d'une caution...).

4.4.2 En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire d'une durée supérieure à 5 jours à la suite d'une maternité

Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour vous venir en aide à votre domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu'à **12 heures** de travail pendant votre hospitalisation ou durant votre convalescence au domicile (minimum de 2 heures à la fois et maximum de 10 heures par jour).

L'utilisation du service doit intervenir dans les 30 jours suivant le début de l'hospitalisation et/ou le retour d'hospitalisation.

À défaut de la présentation des justificatifs nécessaires à la prise en charge de la prestation, nous nous réservons le droit de vous refacturer l'intégralité de la prestation.

4.4.3 Assistance en cas d'immobilisation au domicile d'une durée supérieure à 5 jours consécutifs, à la suite d'une maladie ou d'un accident du bénéficiaire

4.4.3.1. *Aide à la recherche d'un(e) infirmier/ière*

En cas d'immobilisation au domicile suite à une maladie ou un accident et si des soins médicaux vous ont été prescrits par un médecin, nous pouvons vous venir en aide 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sur simple appel téléphonique.

Nous recherchons un(e) infirmier/ière proche de votre domicile, afin qu'il/elle se rende auprès de vous.
Les honoraires de l'infirmier/ière sont à votre charge.

4.4.3.2. *Recherche et livraison de médicaments à domicile*

Lorsqu'un médecin vient de vous prescrire, par ordonnance, des médicaments, si personne de votre entourage ne peut se déplacer et si les médicaments sont immédiatement nécessaires, nous allons les chercher en urgence dans une officine de pharmacie proche de votre domicile (ou pharmacie de garde) et nous vous les apportons.

Nous prenons en charge le prix de la course. **Le prix des médicaments reste à votre charge.** Les médicaments doivent avoir été prescrits au maximum 24 heures avant la demande d'assistance.

Cette prestation exclut les renouvellements d'ordonnance.

4.4.3.3. *Garde-malade*

Sur simple appel téléphonique, nous organisons et prenons en charge pendant **5 jours maximum** votre garde par un(e) garde-malade qualifié(e) à votre domicile, à raison de 4 heures minimum et de 10 heures maximum par jour. La prise en charge se fera à la condition que le médecin traitant ait établi un certificat médical confirmant la nécessité de la présence d'une personne qualifiée au chevet du bénéficiaire.

4.4.3.4. Aide-ménagère

Sur votre demande, nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour vous venir en aide à votre domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu'à **20 heures** de travail maximum **pendant votre immobilisation à votre domicile** (minimum de 2 heures à la fois et maximum de 10 heures par jour).

À défaut de la présentation des justificatifs (certificat médical...), nous nous réservons le droit de vous refacturer l'intégralité de la prestation.

L'utilisation du service doit intervenir dans les 30 jours suivant le début de l'immobilisation.

En cas d'Affection Longue Durée

- nous prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu' à 40 heures de travail pendant votre première immobilisation à votre domicile (minimum de 2 heures à la fois et maximum de 10 heures par jour). L'utilisation du service doit intervenir dans les 60 jours suivant le début de cette immobilisation,

- au delà de cette prise en charge, nous vous proposerons de prolonger le service d'aide-ménagère à domicile : l'ensemble des coûts inhérents à cette prolongation reste à votre charge.

4.4.3.5. Présence d'un proche

Sur votre demande, nous organisons et prenons en charge le voyage aller et retour par train en 1^{ère} classe ou par avion en classe économique d'une personne de votre choix, résidant en France afin qu'elle se rende à votre chevet.

4.4.4 Assistance dédiée aux enfants

4.4.4.1. Garde d'enfants malades de moins de 16 ans

En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours d'un enfant bénéficiaire à la suite d'une maladie ou d'un accident, nous organisons et prenons en charge pour venir le garder à votre domicile la présence d'une personne compétente et qualifiée à concurrence de 10 heures maximum par jour et pendant 5 jours consécutifs.

La personne que nous enverrons au domicile de l'enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence des parents. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jour férié, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum.

Conditions d'application de cette garantie et Permanence des heures de service

Le service "Garde d'Enfants Malades" fonctionne du lundi au vendredi, de 8h00 à 19h00 hors jours fériés. Toutefois, vous pouvez nous joindre 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, afin de formuler votre demande.

Délais de mise en place

Dès réception de votre appel, après la visite du médecin traitant, nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre domicile le plus rapidement possible. Toutefois, nous nous réservons un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

Exécution du service

Les prestations "Garde d'Enfants Malades" sont de notre ressort exclusif.

En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par vous-même ne sera remboursée. Les garanties s'appliquent sous réserve que l'enfant ait reçu la visite préalable de son médecin traitant. Le personnel intervenant n'est pas compétent pour dispenser des soins autres que ceux généralement apportés par l'entourage familial de l'enfant ; il ne peut effectuer d'actes médicaux outrepassant les compétences reconnues par ses titres professionnels. Tout acte médical sera effectué sous le contrôle et la responsabilité du médecin prescripteur.

Conditions médicales et administratives

Vous devrez justifier votre demande par un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant.

Dans tous les cas, nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au missionnement de l'intervenant et de vous réclamer le certificat médical (ou une photocopie).

Vous devrez communiquer à la personne intervenant sur place, et à nous même, les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, afin que les services d'assistance ou l'intervenant puissent le contacter si l'état de l'enfant l'exigeait : vous communiquerez aussi les coordonnées des services d'urgence locaux.

Exclusions

La garantie "Garde d'Enfants Malades" ne s'applique pas dans les cas suivants :

- **dans le domaine médical : maladies chroniques, maladies relevant de l'hospitalisation à domicile, hospitalisations prévisibles,**
- **dans le temps : entre 19h00 et 8h00, ni les dimanches et jours fériés, ni pendant les repos hebdomadaires et congés légaux des parents bénéficiaires.**

Remarque : le service "Garde d'Enfants malades" n'est pas conçu pour vos convenances personnelles.

4.4.4.2. Répétiteur scolaire

En cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours ouvrés à la suite d'une maladie ou d'un accident, nous organisons et prenons en charge l'aide pédagogique à concurrence de 2 heures consécutives par jour au minimum et de 10 heures par semaine au maximum.

Nous recherchons un ou plusieurs répétiteurs scolaires, à partir du 16^{ème} jour d'absence scolaire, afin d'assurer la continuité du programme scolaire de l'enfant au maximum pendant l'année scolaire en cours.

Les cours sont dispensés du Cours Préparatoire (11^{ème}) à la Terminale des lycées d'enseignement général dans les matières principales suivantes : français, anglais, allemand, espagnol, histoire, géographie, mathématiques, sciences naturelles, physique, chimie.

Ce ou ces enseignants sont autorisés à prendre contact avec l'établissement scolaire de l'enfant afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs l'étendue du programme scolaire.

En cas d'hospitalisation de l'enfant, les cours continueront, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, sous réserve que la Direction de l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent un accord formel en ce sens.

Cette prestation cesse à compter de la reprise des cours dans son école initiale par l'enfant bénéficiaire.

4.4.5 Mise à disposition de nos services d'informations téléphoniques

4.4.5.1. Informations médicales

Ce service est conçu pour vous écouter, orienter et informer. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les secours prévus localement.

Sur simple appel téléphonique, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, nous nous efforçons de rechercher les renseignements à caractère documentaire destinés à vous orienter dans le domaine de la santé.

Si une réponse ne peut vous être apportée immédiatement, nous effectuons les recherches nécessaires et vous rappelons dans les meilleurs délais. Les informations sont données dans le respect de la déontologie médicale.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation ou une prescription médicale téléphonique personnalisée, de favoriser une automédication ou de remettre en cause les choix thérapeutiques de praticiens. Si telle était votre demande, nous vous conseillerions de consulter un médecin local ou votre médecin traitant.

Nous apportons aux questions que vous nous posez une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation que vous pourrez en faire ni de ses conséquences éventuelles.

4.4.5.2. Informations Grossesse

Nous apportons notre assistance téléphonique au bénéficiaire pendant toute la durée de la grossesse et jusqu'au retour au domicile grâce à des prestations spécialisées qui répondent aux demandes, besoins et questions de la femme enceinte :

Pendant la grossesse

- informations spécifiques : mode de garde, alimentation, relations parent/enfant, frères/sœurs,
- renseignements juridiques, fiscaux, sociaux,
- aide aux démarches administratives spécifiques à l'arrivée d'un nouveau-né,
- en cas d'immobilisation au domicile, organisation sans prise en charge d'un transport en ambulance vers les lieux d'examen.

Après l'accouchement

- assistance « baby blues » (soutien psychologique prise en charge 3 entretiens téléphoniques).

Cette prestation est accessible de 9h00 à 18h00 sauf dimanche et jours fériés.

4.4.5.3. Informations Voyage

À votre demande, nous pouvons vous fournir des informations concernant :

- les précautions médicales à prendre avant d'entreprendre un voyage (vaccins, médicaments ...),
- les formalités administratives à accomplir avant un voyage ou en cours de voyage (visas ...),
- les conditions de voyage (possibilité de transport, horaires d'avion ...),
- les conditions de vie locale (température, climat, nourriture ...).

Ce service est accessible tous les jours de 8h00 à 19h30, heures françaises, sauf dimanches et jours fériés.

4.5. Dispositions générales

4.5.1 Ce que nous excluons

Exclusions générales

Nous ne pouvons intervenir lorsque vos demandes sont consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle,
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, ou d'une tentative de suicide.

Sont également exclus :

- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux.

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Outre les Exclusions Générales, sont exclus :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournerez et/ou nationale de votre pays de domicile,
- les hospitalisations et les immobilisations faisant suite à une rechute et/ou complication d'un état pathologique ou de maladies antérieurement constituées à la date de prise d'effet et/ou date de renouvellement du contrat et comportant un risque d'aggravation brutale,
- les hospitalisations pour raison esthétique et leurs éventuelles conséquences pathologiques,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le début et leurs conséquences (accouchement compris),
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les cures thermales et les frais en découlant,
- les frais médicaux engagés dans votre pays de domicile,
- les hospitalisations prévues, et frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs éventuelles conséquences,
- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférant,
- les frais de secours sur piste et hors piste de ski,
- les frais de restaurant,
- les frais de douane.

4.5.2 Circonstances exceptionnelles

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations, résultant : de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quelle qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

4.5.3 Subrogation

Conformément à l'article L 121-12 du Code des Assurances, EUROP ASSISTANCE est subrogée, à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle, dans les droits et actions des bénéficiaires contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

4.5.4 Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des Assurances, toute action dérivant de cette convention d'assistance est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

4.5.5 Réclamations – Litiges

En cas de réclamation ou de litige, le bénéficiaire pourra s'adresser au service Qualité de EUROP ASSISTANCE, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

4.5.6 Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR - 61 rue Taitbout – 75009 Paris.

4.5.7 Loi informatique et libertés

Toutes les informations recueillies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex, lors de la souscription à l'un de ses services et/ou lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que nous prenons à votre égard. À défaut de réponse aux renseignements demandés, EUROP ASSISTANCE sera dans l'impossibilité de fournir au bénéficiaire le service auquel vous souhaitez souscrire.

Ces informations sont uniquement réservées aux services d'EUROP ASSISTANCE FRANCE, en charge du contrat du bénéficiaire et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires d'EUROP ASSISTANCE FRANCE.

EUROP ASSISTANCE FRANCE, se réserve également la possibilité d'utiliser les données personnelles du bénéficiaire à des fins de suivi qualité ou d'études statistiques.

EUROP ASSISTANCE FRANCE, peut être amenée à communiquer certaines des données du bénéficiaire aux partenaires à l'origine de la présente garantie d'assistance.

Le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations le concernant en écrivant à : Europ Assistance France - Service Qualité, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Si pour les besoins de la réalisation du service demandé, un transfert des informations concernant le bénéficiaire, est réalisé en dehors de la Communauté Européenne, EUROP ASSISTANCE FRANCE, prendra des mesures contractuelles avec les destinataires afin de sécuriser ce transfert.

Par ailleurs, les bénéficiaires sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront avec EUROP ASSISTANCE pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Ces conversations sont conservées deux mois à compter de leur enregistrement.

Distributeur

Média Courtage, société éditrice d'AcommeAssure, Société par Actions Simplifiée au capital de 200 000€. Courtier en assurance inscrit au registre de l'ORIAS sous le numéro 10.058.534 - Siège social : 2 avenue Georges Pompidou 29200 - 524 259 975 R.C.S. Brest - Siret N°524 259 975 00018

Assureur

Suravenir Assurances - Société anonyme au capital entièrement libéré de 38 265 920€ - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 2, rue Vasco de Gama - Saint Herbain - 44 931 Nantes Cedex 9 - RCS Nantes 343 142 659 - Code NAF : 6512 Z.

médiation

En cas de difficultés, consultez votre interlocuteur habituel ou Relations Consommateur : 44 931 Nantes cedex 9

Références de ces présentes conditions
Générales : ACA-SAN-CGE-02-0415

