



## CONDITIONS GÉNÉRALES • GAMME SANTÉ



[www.novelias.fr](http://www.novelias.fr)

# TNS SENIOR ACCESS

## VOS CONDITIONS GÉNÉRALES

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

Le document d'information présentant le produit d'assurance ou DIP, conformément à la Directive sur la Distribution des Assurances (UE) 2016/97, vous est remis en phase précontractuelle, afin de vous informer sur les principales garanties et exclusions du produit.

**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.**



# SOMMAIRE

<b>1. DÉFINITIONS</b>	<b>4</b>	<b>9. FONCTIONNEMENT DES GARANTIES EN CAS DE SINISTRE</b>	<b>20</b>
<b>2. GÉNÉRALITÉS</b>	<b>6</b>	9.1. Déchéance de garantie	20
2.1. Cadre juridique	6	9.2. Cumul d'assurances	20
2.2. Objet du contrat	6	9.3. Subrogation	20
2.3. Les assurés*	7	<b>10. VIE DU CONTRAT</b>	<b>21</b>
2.4. Étendue territoriale	7	10.1. Prise d'effet et durée du contrat	21
2.5. Fonctionnement des garanties	7	10.2. Vos déclarations	21
<b>3. L'OFFRE E.NOV SANTÉ TNS®</b>	<b>8</b>	10.3. Vos cotisations	22
3.1. Hospitalisation*	8	10.4. La résiliation du contrat	22
3.2. Soins courants*	8	10.5. La prescription	24
3.3. Prévention et bien-être	9	10.6. Preuve - dématérialisation	24
3.4. Dentaire	9	10.7. Signature électronique	25
3.5. Optique	10	<b>11. VOS DROITS</b>	<b>26</b>
3.6. Aides auditives	10	11.1. Droit de renonciation	26
<b>4. L'OFFRE E.NOV SANTÉ SENIOR®</b>	<b>11</b>	11.2. Démarchage téléphonique	26
4.1. Hospitalisation*	11	11.3. Réclamations	27
4.2. Soins courants*	11	11.4. Protection des données	27
4.3. Prévention et bien-être	11	11.5. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution	28
4.4. Dentaire	12	<b>12. NOTICE D'INFORMATION ASSISTANCE</b>	<b>29</b>
4.5. Optique	12	12.1. Domaine d'application	29
4.6. Aides auditives	13	12.2. Écoute, conseil & orientation	32
4.7. Moments difficiles	13	12.3. Accompagnement psycho-social	33
<b>5. L'OFFRE E.NOV SANTÉ ACCESS®</b>	<b>14</b>	12.4. Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation, de maternité, d'immobilisation, de traitement anticancéreux	34
5.1. Hospitalisation*	14	12.5. Prestations complémentaires en soutien à la maternité et parentalité	37
5.2. Soins courants*	14	12.6. Prestations d'assistance complémentaires et spécifiques aux aidants	38
5.3. Prévention et bien-être	15	12.7. Prestations d'assistance à l'étranger	40
5.4. Dentaire	15	12.8. Cadre juridique	42
5.5. Optique	16	Synthèse des prestations d'assistance	46
5.6. Aides auditives	16		
<b>6. LES REMBOURSEMENTS</b>	<b>17</b>		
<b>7. LE RÉSEAU DE SOINS SANTÉCLAIR</b>	<b>18</b>		
<b>8. LES EXCLUSIONS</b>	<b>19</b>		

# 1. DÉFINITIONS

- **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 » définie 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 d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire Siren sous le n° 444 269 682. Siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou 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 Pacs (Pacte Civil de Solidarité),
  - > 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 ».  
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), 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 :

- > 0,50 € par boîte de médicaments,
- > 0,50 € par acte paramédical,
- > 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<sup>er</sup> jour du 6<sup>e</sup> mois de grossesse et jusqu'au 12<sup>e</sup> 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 l'intermédiaire**

Novélia, SASU au capital de 1 000 000 €, siège social : 30 boulevard de la Tour d'Auvergne - CS 86523 - 35065 Rennes cedex, société de courtage en assurances, n° Orias 07 001 889, vérifiable auprès de l'Orias ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)), Siren B 383 286 473 RCS Rennes, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 9).

**Nom et adresse de l'assureur\***

Suravenir Assurances, entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital entièrement libéré de 45 323 910 €, siège social : 2 rue Vasco de Gama - Saint-Herblain - 44931 Nantes cedex 9, immatriculée au RCS Nantes 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 9.

• **OUVRANT DROIT** : l'ouvrant droit est la personne assujettie à titre personnel et obligatoire à un régime d'Assurance Maladie.

• **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'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<sup>e</sup> mois de grossesse, et jusqu'au 12<sup>e</sup> jour qui suit l'accouchement,

> et des 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.**

• **PROCHE** : on entend par proche, toute personne entretenant des relations étroites avec l'assuré\* (famille, voisin, ami).

• **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\* ».

## 2. GÉNÉRALITÉS

### 2.1. CADRE JURIDIQUE

**Les présentes Conditions Générales regroupent les Conditions Générales des offres :**

- › e.NOV SANTE ACCESS® Niveau 1 (contrat NOV SAN CGE 12 (01-2024)-1),
- › e.NOV SANTE ACCESS® (contrat NOV SAN CGE 12 (01-2024)-2),
- › e.NOV SANTÉ SENIOR® Niveau 1 (contrat NOV SAN CGE 12 (01-2024)-1),
- › e.NOV SANTÉ SENIOR® (contrat NOV SAN CGE 12 (01-2024)-2),
- › e.NOV SANTÉ TNS® (contrat NOV SAN CGE 12 (01-2024)-2).

L'assuré adhère à l'un de ces contrats.

Les offres e.NOV SANTÉ TNS®, e.NOV SANTÉ SENIOR® et e.NOV SANTÉ ACCESS® sont soumises 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, elles répondent 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 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.

**Seul le niveau 1 des offres e.NOV SANTÉ SENIOR® et e.NOV SANTÉ ACCESS® n'est pas responsable.**

**Il ne s'inscrit pas dans le cadre législatif et réglementaire des contrats dits « responsables » défini par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application dont le décret du 11 janvier 2019.**

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, 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.

### 2.2. OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement des dépenses de santé 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 les frais de santé non pris en charge par votre Régime Obligatoire\* de l'Assurance Maladie, au profit des personnes assurées définies sur le Bulletin d'Adhésion, et dans la limite du niveau de garanties souscrit.

## 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, selon l'offre souscrite :

- > l'adhérent\*, assujéti à un Régime Obligatoire\* d'Assurance Maladie,
- > son conjoint\* ou concubin, 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 de Pacte Civil de Solidarité (PACS), 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 du même niveau de garanties.**

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 notamment 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 du niveau de garanties choisi et indiqué sur votre Bulletin d'Adhésion.

Les remboursements sont exprimés :

- > en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie (BRSS)\*, sous déduction du remboursement de l'Assurance Maladie et/ou de tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.,
- > en forfait exprimé en euros, dans les conditions et limites prévues sur le tableau de garanties.

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 :

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

**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 :

- > 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.

## 3. L'OFFRE E.NOV SANTÉ TNS®

L'offre e.NOV SANTÉ TNS® est accessible aux travailleurs indépendants relevant de la loi Madelin, âgés de moins de 71 ans à la date de prise d'effet des garanties.

### SPÉCIFICITÉS DES ASSURÉS\* TNS RELEVANT DE LA LOI MADELIN

Votre contrat d'assurance santé est souscrit dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative N° 1010 conclu par :

- **les souscripteurs** : Novélia, société de courtage en assurances, SASU au capital de 1 000 000 €, dont le siège est situé 30 boulevard de la Tour d'Auvergne - CS 86523 - 35065 Rennes cedex, et l'Association de Prévoyance Collective et d'Assurance Santé - « APCAS » - agissant pour le compte de ses adhérents\* ;
- **auprès de l'assureur\*** : Suravenir Assurances, entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital entièrement libéré de 45 323 910 €, siège social : 2 rue Vasco de Gama - Saint-Herblain - 44931 Nantes cedex 9, immatriculée au RCS Nantes 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 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 les souscripteurs entraîne sa transformation en un nouveau contrat collectif garantissant les seuls adhérents\* liés aux souscripteurs 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.

### 3.1. HOSPITALISATION\*

Votre contrat garantit, dans la limite des montants exprimés au sein du tableau de garanties :

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

Peuvent être pris en charge, selon le niveau de garanties choisi, en euros et par jour :

- › la chambre particulière,
- › le lit accompagnant pour un proche\*,
- › les frais annexes liés à l'hospitalisation\* : télévision, téléphone fixe de l'hôpital, Wifi de l'hôpital,
- › les frais ambulatoires\*.

**Pour les séjours dans un établissement psychiatrique ou neuro-psychiatrique :**

- › **nous\* ne prenons pas en charge la chambre particulière,**
- › le lit accompagnant et les frais annexes sont limités 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, ou de long séjour sont exclus.**

### 3.2. 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 consultations et soins de médecins généralistes ou spécialistes,
- › les frais de radiologie, d'échographie,
- › les frais d'analyses médicales et d'auxiliaires médicaux,
- › la pharmacie,
- › les prothèses autres que dentaires et auditives,
- › l'appareillage\*.

Sont pris en charge, sous réserve de la présentation d'une facture nominative acquittée et dans les conditions et limites du tableau de garanties :

- **un forfait « Automédication »**

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, **hors produits de parapharmacie.**

- **un forfait « Prothèses non dentaires et appareillages »\***



## 3.3. PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE

### 3.3.1. Les actes de prévention

Votre contrat couvre tous les actes de prévention dans les conditions prévues par l'arrêté publié le 18 juin 2006 et de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Selon le niveau de garanties choisi, votre contrat prend également en charge, dans la limite d'un forfait annuel par assuré\* et sous réserve de présentation d'une facture nominative, les frais relatifs :

- › au patch anti-tabac ou sevrage tabagique,
- › au vaccin anti-grippe,
- › à la contraception.

### 3.3.2. Les médecines naturelles

Sont prises en charge, selon la formule de garanties choisie, les consultations auprès :

- › d'acupuncteur,
- › de chiropracteur,
- › de diététicien,
- › d'ergothérapeute,
- › d'étiopathe,
- › d'homéopathe,
- › d'ostéopathe,
- › de pédicure-podologue,
- › de psychologue,
- › de psychomotricien,
- › de sophrologue.

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 montant du forfait est versé dans la limite du montant indiqué sur votre Bulletin d'Adhésion, par séance et par an.

### 3.3.3. L'aide à la maternité

Dans le cas d'une naissance, d'une adoption ou d'une fécondation in vitro (FIV) non prise en charge par l'Assurance Maladie, selon le niveau de garanties choisi, un forfait annuel pourra être versé, si la déclaration a été effectuée dans les 3 mois suivants l'événement.

Dans le cas de la fécondation in vitro, ce forfait pourra être utilisé pour le règlement d'examens médicaux non pris en charge par l'Assurance Maladie sur présentation des factures acquittées. Si toutefois le forfait n'était pas intégralement consommé et que la fécondation in vitro aboutissait à une naissance, le solde pourra être versé sous forme de forfait pour la naissance de l'enfant\*.

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

### 3.3.4. Les cures thermales

Sont pris en charge, selon le niveau de garanties choisi, les frais de cure thermale dès lors qu'ils sont acceptés et remboursés par l'Assurance Maladie.

Un forfait annuel et par assuré\* pourra être versé en complément, selon la formule choisie et dans la limite des frais réellement engagés.

## 3.4. DENTAIRE

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

- les soins dentaires,
- les frais dentaires remboursés par l'Assurance Maladie :
  - › les prothèses dentaires,
  - › les Inlay / Onlay,
  - › les appareils dentaires,
  - › l'orthodontie,
  - › l'implantologie,
  - › la parodontologie,
  - › les bridges.

Selon le niveau de garanties choisi, un forfait annuel peut être versé, dans la limite des frais réellement engagés dès lors que les frais dentaires ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie et donc non remboursés.

Sont concernées :

- › les prothèses dentaires,
- › l'orthodontie,
- › la parodontologie,
- › l'implantologie.

Ce forfait évolue par année d'adhésion.

• **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 le niveau de garanties choisi.

## 3.5. OPTIQUE

Les dépenses liées à la monture, les verres, les lentilles, remboursées ou non, 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.

Le traitement des corrections visuelles, y compris l'implant oculaire, peut également donner lieu au versement d'un forfait.

- **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 le niveau de garanties choisi 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 le niveau de garanties choisi 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 le niveau de garanties choisi 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 2 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.**

## 3.6. AIDES AUDITIVES

Votre contrat prend en charge :

- **les aides auditives entrant dans les équipements « 100 % Santé ».**

Elles sont 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** selon le niveau de garanties choisi.

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<sup>er</sup> janvier 2021.**

## 4. L'OFFRE E.NOV SANTÉ SENIOR®

L'offre e.NOV SANTÉ SENIOR® est accessible à l'adhérent\* âgé entre 55 ans et moins de 86 ans à la date de prise d'effet des garanties.

L'ensemble des niveaux de garanties, hormis le niveau 1, s'inscrit dans le cadre législatif et réglementaire des contrats dits « responsables » défini par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application dont le décret du 11 janvier 2019.

### 4.1. HOSPITALISATION\*

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

- › les frais de séjour,
- › le transport,
- › les soins et honoraires,
- › le forfait hospitalier\*.

Peuvent être pris en charge, selon le niveau de garanties choisi, en euros et par jour :

- › la chambre particulière,
- › le lit accompagnant pour un proche\*,
- › les frais annexes liés à l'hospitalisation\* : télévision, téléphone fixe de l'hôpital, Wifi de l'hôpital,
- › les frais ambulatoires\*.

**Pour les séjours dans un établissement psychiatrique ou neuro-psychiatrique :**

- › nous\* ne prenons pas en charge la chambre particulière,
- › le lit accompagnant et les frais annexes sont limités 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, ou de long séjour sont exclus.**

### 4.2. SOINS COURANTS\*

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

- › les consultations et soins de médecins généralistes ou spécialistes,
- › les frais de radiologie et d'imagerie médicale,
- › les frais d'analyses médicales et d'auxiliaires médicaux,
- › la pharmacie (médicaments remboursés par l'Assurance Maladie).

Sont pris en charge, sous réserve de la présentation d'une facture nominative acquittée et dans les conditions et limites du tableau de garanties :

- un forfait « Automédication » et « Vaccins »

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, **hors produits de parapharmacie.**

#### 4.2.1. Matériel médical

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

- › les prothèses autres que dentaires et auditives,
- › le petit et grand appareillage\* (fauteuil roulant, lit médicalisé...).

### 4.3. PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE

#### 4.3.1. Les actes de 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.

Selon le niveau de garanties choisi, votre contrat prend également en charge, dans la limite d'un forfait annuel par assuré\* et sous réserve de présentation d'une facture nominative, les frais relatifs :

- › à l'ostéodensitométrie,
- › au bilan mémoire.

### 4.3.2. Les médecines naturelles

Sont prises en charge, selon le niveau de garanties choisi, les consultations auprès :

- › d'acupuncteur,
- › de chiropracteur,
- › de diététicien,
- › d'ergothérapeute,
- › d'étiopathe,
- › d'homéopathe,
- › d'ostéopathe,
- › de pédicure-podologue,
- › de psychologue,
- › de psychomotricien,
- › de sophrologue.

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 montant du forfait est versé dans la limite du montant indiqué sur votre Bulletin d'Adhésion, par séance et par an.

### 4.3.3. Les cures thermales

Sont pris en charge, les frais de cure thermale dès lors qu'ils sont acceptés et remboursés par l'Assurance Maladie.

Un forfait annuel et par assuré\* pourra être versé en complément, selon le niveau de garanties choisi et dans la limite des frais réellement engagés.

## 4.4. DENTAIRE

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

- les soins dentaires,
- les frais dentaires remboursés par l'Assurance Maladie :
  - › les prothèses dentaires,
  - › les Inlay / Onlay,
  - › les appareils dentaires,
  - › l'implantologie,
  - › les bridges,
  - › la parodontologie.

Selon le niveau de garanties choisi, un forfait annuel peut être versé dans la limite des frais réellement engagés dès lors que les frais dentaires ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie et donc non remboursés.

Sont concernées :

- › les prothèses dentaires,
- › l'orthodontie,
- › la parodontologie,
- › l'implantologie.

Ce forfait évolue par année d'adhésion.

• **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 remboursés selon le niveau de garanties choisi.

## 4.5. OPTIQUE

Les dépenses liées à la monture, les verres, les lentilles, remboursées ou non, sont prises en charge dans les conditions et limites des montants exprimés au sein du tableau de garanties.

• **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 le niveau de garanties choisi 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 le niveau de garanties choisi 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 le niveau de garanties choisi 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 ».

Le traitement des corrections visuelles, y compris l'implant oculaire, peut également donner lieu au versement d'un forfait.

#### 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 et,
- › en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, un nouvel équipement peut être remboursé sans délai minimum.

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 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. Le forfait sera applicable à chacun des équipements considérés 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.

## 4.6. AIDES AUDITIVES

Votre contrat prend en charge :

- **les aides auditives entrant dans les équipements « 100 % Santé ».** Elles sont 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** selon le niveau de garanties choisi.

Dans les deux cas, conformément au contrat responsable, la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille, par période de 4 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<sup>er</sup> janvier 2021.**

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

- › les bilans auditifs,
- › les accessoires et frais d'entretien des appareils auditifs.

## 4.7. MOMENTS DIFFICILES

Votre contrat garantit, dans les conditions et limites des montants exprimés au sein du tableau de garanties, le versement d'un capital pour les maladies suivantes :

- › l'accident vasculaire cérébral (AVC) invalidant,
- › la tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, ou cancer,
- › l'insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves, ou infarctus,
- › la maladie d'Alzheimer,
- › la maladie de Parkinson.

Pour bénéficier du capital, l'assuré\* doit être reconnu, auprès de son Régime Obligatoire\*, en affection longue durée (ALD).

Pour chacune des 5 maladies listées, l'assuré\* pourra percevoir, une seule fois par maladie sur toute la durée du contrat, le montant du capital mentionné sur le Bulletin d'Adhésion.

Un seul forfait sera versé par an et par assuré\*.

L'ensemble des justificatifs à fournir pour bénéficier de ce capital devra être transmis sous pli confidentiel et traité par un médecin-conseil, à l'adresse : Suravenir Assurances - Service Santé - À l'attention du médecin-conseil - TSA 30028 - 51725 Reims cedex.

# 5. L'OFFRE e.NOV SANTÉ ACCESS®

L'offre e.NOV SANTÉ ACCESS® est accessible à l'adhérent\* âgé de moins de 61 ans à la date de prise d'effet des garanties.

L'ensemble des niveaux de garanties, hormis le niveau 1, s'inscrit dans le cadre législatif et réglementaire des contrats dits « responsables » défini par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application dont le décret du 11 janvier 2019.

## 5.1. HOSPITALISATION\*

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

- › les frais de séjour,
- › le transport,
- › les soins et honoraires,
- › le forfait hospitalier\*.

Peuvent être pris en charge, selon le niveau de garanties choisi, en euros et par jour :

- › la chambre particulière,
- › le lit accompagnant pour un proche\*,
- › les frais annexes liés à l'hospitalisation\* : télévision, téléphone fixe de l'hôpital, Wifi de l'hôpital,
- › les frais ambulatoires\*.

**Pour les séjours dans un établissement psychiatrique ou neuro-psychiatrique :**

- › nous\* ne prenons pas en charge la chambre particulière,
- › le lit accompagnant et les frais annexes sont limités 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, ou de long séjour sont exclus.**

## 5.2. 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 consultations et soins de médecins généralistes ou spécialistes,
- › les frais de radiologie, d'échographie,
- › les frais d'analyses médicales et d'auxiliaires médicaux,
- › la pharmacie,
- › les prothèses autres que dentaires et auditives.

Sont pris en charge, sous réserve de la présentation d'une facture nominative acquittée et dans les conditions et limites du tableau de garanties :

- un forfait « Automédication »

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, **hors produits de parapharmacie.**

- un forfait « Prothèses non dentaires ».

## 5.3. PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE

### 5.3.1. Les actes de 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.

Selon le niveau de garanties choisi, votre contrat prend également en charge, dans la limite d'un forfait annuel par assuré\* et sous réserve de présentation d'une facture nominative, les frais relatifs :

- › aux vaccins, y compris les vaccins anti-grippe et non remboursés,
  - › aux patchs anti-tabac et le sevrage tabagique,
  - › aux moyens contraceptifs,
- sur présentation d'une facture nominative.

### 5.3.2. Les médecines naturelles

Sont prises en charge, selon le niveau de garanties choisie, les consultations auprès :

- › d'acupuncteur,
- › de chiropracteur,
- › de diététicien,
- › d'ergothérapeute,
- › d'étiopathe,
- › d'homéopathe,
- › d'ostéopathe,
- › de pédicure-podologue,
- › de psychologue,
- › de psychomotricien,
- › de sophrologue.

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 montant du forfait est versé dans la limite du montant indiqué sur votre Bulletin d'Adhésion, par séance et par an.

### 5.3.3. L'aide à la maternité

Dans le cas d'une naissance, d'une adoption ou d'une fécondation in vitro (FIV) non prise en charge par l'Assurance Maladie, selon le niveau de garanties choisi, un forfait annuel pourra être versé, si la déclaration a été effectuée dans les 3 mois suivants l'événement.

Dans le cas de la fécondation in vitro, ce forfait pourra être utilisé pour le règlement d'examens médicaux non pris en charge par l'Assurance Maladie sur présentation des factures acquittées. Si toutefois le forfait n'était pas intégralement consommé et que la fécondation in vitro aboutissait à une naissance, le solde pourra être versé sous forme de forfait pour la naissance de l'enfant\*.

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

### 5.3.4. Les cures thermales

Sont pris en charge, selon le niveau de garanties choisi, les frais de cure thermale dès lors qu'ils sont acceptés et remboursés par l'Assurance Maladie.

Un forfait annuel et par assuré\* pourra être versé en complément, selon le niveau de garanties choisi et dans la limite des frais réellement engagés.

## 5.4. DENTAIRE

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

- les soins dentaires,
  - les frais dentaires remboursés par l'Assurance Maladie :
- › les prothèses dentaires,
  - › les Inlay / Onlay,
  - › l'orthodontie,
  - › les appareils dentaires,
  - › l'implantologie,
  - › les bridges,
  - › la parodontologie.

Selon le niveau de garanties choisi, un forfait annuel peut être versé dans la limite des frais réellement engagés dès lors que les frais dentaires ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie et donc non remboursés.

Sont concernées :

- › les prothèses dentaires,
- › l'orthodontie,
- › la parodontologie,
- › l'implantologie.

Ce forfait évolue par année d'adhésion.

• **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.

## 5.5. OPTIQUE

Les dépenses liées à la monture, les verres, les lentilles, remboursées ou non, 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.

Le traitement des corrections visuelles, y compris l'implant oculaire, peut également donner lieu au versement d'un forfait.

- **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 le niveau de garanties choisi 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 le niveau de garanties choisi 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 2 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.

## 5.6. AIDES AUDITIVES

Votre contrat prend en charge :

- **les aides auditives entrant dans les équipements « 100 % Santé »**.

Elles sont 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** selon le niveau de garanties choisi.

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<sup>er</sup> janvier 2021.**



## 6. LES REMBOURSEMENTS

Vos soins sont pris en charge dans les conditions et limites des niveaux de garanties choisis.

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 de la législation et de la réglementation 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.

## 7. 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.

## 8. LES EXCLUSIONS

**Votre contrat ne garantit jamais :**

- › les frais consécutifs aux soins ou hospitalisations\* effectués ou ayant débutés avant la date d'effet du présent contrat,
- › les cures de toutes natures (sauf les cures thermales, selon le niveau de garanties choisi), 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 gériatrie, en établissements médico-sociaux, en maisons d'accueil spécialisées ou 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.

# 9. FONCTIONNEMENT DES GARANTIES EN CAS DE SINISTRE

## 9.1. DÉCHÉANCE DE GARANTIE

Nous pouvons appliquer une déchéance sur l'ensemble des garanties si, à l'occasion d'un sinistre :

- › vous faites de fausses déclarations sur les causes, circonstances et conséquences du sinistre,
- › vous utilisez des documents ou justificatifs inexacts ou usez de moyens frauduleux.

## 9.2. CUMUL D'ASSURANCES

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.

## 9.3. SUBROGATION

En cas d'accident, nous sommes subrogés dans vos droits et actions contre le(s) responsable(s) de l'accident. Dès lors, nous avons un recours contre le(s) responsable(s) en remboursement des indemnités, à concurrence des indemnités que nous vous avons versées au titre de notre garantie.

**Si la subrogation ne peut, du fait de l'assuré, s'opérer en notre faveur, nous serons déchargés de tout ou partie de notre garantie et, à ce titre, vous devrez nous rembourser l'indemnisation perçue.**

# 10. VIE DU CONTRAT

## 10.1. PRISE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

### 10.1.1. Prise d'effet du contrat

Vos garanties prennent effet aux dates et heures indiquées sur votre Bulletin d'Adhésion. Ces garanties sont viagères.

### 10.1.2. Durée du contrat

**Votre contrat est conclu pour une période allant jusqu'à la date de prochaine échéance indiquée sur votre Bulletin d'Adhésion. Il se renouvelle ensuite automatiquement d'année en année, sauf si vous\* ou nous\* prenons l'initiative d'y mettre un terme dans les conditions détaillées à l'article 10.4.**

## 10.2. VOS DÉCLARATIONS

### 10.2.1. Vos déclarations à la souscription

Lors de la souscription du contrat, le souscripteur est tenu de répondre exactement à toutes les questions posées. Ces questions nous\* permettent d'apprécier la nature du risque que nous prenons en charge, afin de vous proposer les garanties adaptées à votre situation et de calculer les cotisations afférentes. Vos réponses sont reproduites dans votre Bulletin d'Adhésion.

### 10.2.2. Vos déclarations en cours de contrat

#### 10.2.2.1. Changement de situation

Une fois par an, nous\* vous\* transmettons un avis d'échéance reprenant les déclarations que vous\* nous\* avez effectuées à la souscription de votre contrat d'assurance. Vérifiez que les informations indiquées répondent à votre situation.

Vous êtes tenu de nous\* déclarer toutes les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence de rendre inexacts ou caduques les réponses que vous\* nous\* avez faites à la conclusion du contrat. Cette déclaration doit nous être faite :

- › avant le changement s'il provient de votre fait,
- › par lettre recommandée ou auprès de votre interlocuteur habituel, dans un délai de 15 jours après que vous\* avez eu connaissance du changement.

#### • Prévenez-nous notamment dans les cas suivants :

- › changement de domicile,
- › changement de situation matrimoniale,
- › changement de régime matrimonial,
- › changement de profession,
- › retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle,

Après étude de votre demande, et sous réserve d'acceptation, nous enregistrons alors les modifications nécessaires à votre contrat et vous resterez bien assuré. Dans certains cas, votre cotisation et/ou vos garanties seront changées. Vous\* recevrez alors un nouveau Bulletin d'Adhésion.

#### • Conséquences des modifications

› Si le risque est aggravé de telle façon que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, nous\* aurions refusé d'assurer le risque ou ne l'aurions assuré que contre une cotisation plus élevée, nous\* pouvons, conformément à l'article L. 113-4 du Code des assurances :  
- soit résilier le contrat moyennant un préavis de 10 jours et le remboursement de la portion de cotisation de la période non courue,  
- soit vous\* proposer un nouveau montant de cotisation. Si vous\* ne donnez pas suite à notre proposition ou si vous\* la refusez, nous\* pouvons résilier le contrat à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant cette proposition.

› Si le risque est diminué, nous\* vous\* proposons une diminution de cotisation. Si tel n'était pas le cas, vous\* avez la faculté de résilier le contrat, conformément à l'article L. 113-4 du Code des assurances, moyennant un préavis de 30 jours et d'obtenir le remboursement de la portion de cotisation pour la période non courue.

#### 10.2.2.2. Conditions d'affiliation ou de retrait des ayants droit

• **Faire adhérer un ayant droit\* en cours de contrat** : dans ce cas, la prise d'effet des garanties s'effectue au jour de sa désignation sur le contrat.

• **Procéder au retrait d'un ayant droit\* en cours de contrat** : ce dernier ne sera plus garanti à compter de l'événement justifiant le retrait sous réserve que l'assureur\* ait été informé dans les 30 jours de cet événement, à défaut le retrait sera effectué le lendemain de la demande.

En tout état de cause, en cas de soins engagés postérieurement à l'événement ou après le délai de 30 jours, la résiliation prendra effet le lendemain de la date des soins engagés.

#### 10.2.2.3. Quelles sont les conséquences de déclarations inexacts ou incomplètes ?

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. Il appartient à l'assureur d'établir le caractère intentionnel de la fausse déclaration.**

## 10.3. VOS COTISATIONS

### 10.3.1. Paiement de vos cotisations

Vous\* devez nous\* régler les cotisations aux échéances convenues sur votre Bulletin d'Adhésion.

La cotisation annuelle est payable à notre siège ou auprès de nos mandataires dans les 10 jours de son échéance.

Un paiement fractionné peut être accordé selon votre choix : par semestre, par trimestre, ou mensuellement.

### 10.3.2. Évolution des cotisations

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,
- › des résultats techniques fondés sur les dépenses de santé de l'ensemble des assurés,
- › la formule choisie, de votre âge,
- › des évolutions réglementaires.

### 10.3.3. Procédure en cas de non-paiement

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,
- › des frais de recouvrement sont exigibles,
- › **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.** La suspension de garantie pour non-paiement de cotisation ne vous dispense pas de payer vos cotisations. La remise en vigueur de votre contrat après suspension des garanties est conditionnée au paiement intégral de votre cotisation et des frais de recouvrement associés. La remise en vigueur est effective à midi le lendemain du jour de votre paiement. Un règlement partiel n'annule pas les effets de la mise en demeure et de la suspension des garanties,
- › **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 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.

## 10.4. RÉSILIATION DU CONTRAT

### 10.4.1. Cas de résiliation

Le contrat peut être résilié dans les cas et selon les conditions suivantes.

QUI PEUT RÉSILIER LE CONTRAT ?	DANS QUELLES SITUATIONS PEUT-IL ÊTRE RÉSILIÉ ?	QUAND ET COMMENT PEUT-IL ÊTRE RÉSILIÉ ?	FONDEMENT JURIDIQUE
Vous*	À chaque échéance annuelle, lorsque nous ne vous avons pas envoyé l'avis d'échéance dans les délais requis.	Lorsque l'avis vous a été envoyé moins de 15 jours avant la date limite d'exercice de votre droit à dénonciation, vous disposez de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Lorsque l'avis ne vous a pas été envoyé, vous pouvez résilier le contrat à tout moment et sans pénalité.	Article L. 113-5-1 alinéa 1 et 2 du Code des assurances
Vous*	À tout moment après 1 an.	La résiliation prend effet 1 mois après la demande de résiliation formulée auprès de l'assureur par vous ou par le nouvel assureur.	Article L. 113-5-2 du Code des assurances
Vous*	En cas de résiliation de l'un de vos contrats par nous après sinistre.	Vous disposez d'un mois après notification de la résiliation par nous de l'un de vos contrats sinistrés. La résiliation prend effet un mois à dater de la notification à l'assureur.	Article R. 113-10 du Code des assurances

QUI PEUT RÉSILIER LE CONTRAT ?	DANS QUELLES SITUATIONS PEUT-IL ÊTRE RÉSILIÉ ?	QUAND ET COMMENT PEUT-IL ÊTRE RÉSILIÉ ?	FONDEMENT JURIDIQUE
Vous*	En cas de transfert de portefeuille de l'assureur.	La résiliation doit intervenir dans le délai d'un mois à compter de la date de publication de l'approbation de transfert au Journal Officiel. La résiliation prend effet dès notification à l'assureur.	Article L. 324-1 alinéa 8 du Code des assurances
Vous*	En cas d'affiliation obligatoire à un contrat groupe.	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 nouveau contrat groupe, > et à la condition de n'avoir eu aucun soin remboursé pendant cette même période. À défaut, la résiliation sera effective à la date de réception de votre notification à l'assureur.	
Vous*	En cas de cessation d'affiliation au 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.	
Vous*	Si vous devenez bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire.	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.	
Vous*	En cas de modification pour mise en conformité du contrat aux règles fixées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.	Vous disposez d'un délai de 30 jours pour refuser la proposition de modification faite par l'assureur. La résiliation prend effet un mois après la notification de votre refus.	Article L. 112-3 du Code des assurances
Vous* et nous*	À chaque échéance annuelle.	Au moins 2 mois avant la date d'échéance. La résiliation prend effet à la date d'échéance annuelle indiquée dans votre Bulletin d'Adhésion.	Article L. 113-12 du Code des assurances
Vous* et nous*	En cas de changement : > de domicile, > de situation ou régime matrimonial, > de profession ou si vous cessez toute activité professionnelle.	La résiliation doit être faite dans les 3 mois qui suivent l'événement, sous réserve que le changement invoqué affecte la nature du risque garanti. La résiliation prend effet 1 mois après notification indiquant la date et la nature de l'événement invoqué.	Article L. 113-16 du Code des assurances
Vous* et nous*	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.	
Nous*	Déclaration inexacte ou incomplète non intentionnelle.	L'assureur peut résilier le contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre. La résiliation prend effet 10 jours après notification à l'assuré par lettre recommandée avec accusé de réception.	Article L. 113-9 du Code des assurances
Nous*	Non-paiement de la cotisation.	L'assureur peut résilier le contrat moyennant l'envoi préalable d'une lettre recommandée valant mise en demeure (cf. article 10.3.3. « Procédure en cas de non-paiement »).	Article L. 113-3 du Code des assurances
De plein droit	Retrait de l'agrément par l'autorité de contrôle.	La résiliation prend effet le quarantième jour à compter de la date de publication du retrait au Journal Officiel.	Article L. 326-12 du Code des assurances
De plein droit	Liquidation judiciaire de l'assureur.	La résiliation prend effet le quarantième jour après la publication au Journal Officiel.	Articles L. 113-6 du Code des assurances

### 10.4.2. Modalités de résiliation

La résiliation du contrat à votre initiative peut être réalisée, conformément à l'article L. 113-14 du Code des assurances, soit :

- › par courrier papier ou courrier électronique à l'assureur ou à défaut à votre intermédiaire,
- › par le même mode de communication à distance utilisé pour la souscription de votre contrat,
- › par internet pour les contrats éligibles.

La résiliation du contrat à notre initiative vous est notifiée par lettre recommandée adressée à votre dernier domicile connu.

### 10.4.3. Conséquence de la résiliation sur 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 pendant laquelle vous n'êtes plus assuré par le présent contrat. Toutefois, en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations, cette portion de cotisation, jusqu'à l'échéance annuelle suivante, nous est due à titre d'indemnité de résiliation (article L. 113-3 du Code des assurances).

## 10.5. 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.

Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq 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.

## 10.6. PREUVE - DÉMATÉRIALISATION

**Il est expressément convenu que les règles de preuve visées ci-dessous régissent les rapports entre les parties.**

Toute opération réalisée par vous sous format électronique après authentification, et notamment l'acceptation des Conditions Générales et du Bulletin d'Adhésion mises à votre disposition, est réputée émaner de vous.

Vous manifestez ainsi votre consentement en validant toute opération ou cochant toute autre case sous format électronique.

Les enregistrements informatiques ou leur reproduction sur un support informatique ou papier qui constituent la preuve de la réception des informations que nous portons à votre connaissance, ainsi que la preuve de votre consentement à la réalisation de l'opération pourront être utilisés dans le cadre de tous litiges entre vous et nous et seront opposables entre nous.



## 10.7. SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

Nous pouvons recourir à des outils techniques de signature électronique et d'archivage électronique, fournis par nous ou par des prestataires spécialisés, qui mettent en œuvre des procédés fiables aux fins d'assurer la sécurité de la signature et de l'archivage des documents électroniques.

Vous avez ainsi la possibilité de signer électroniquement certaines opérations ou certains actes (contrats, déclaration...). À cette fin, nous mettons en œuvre un dispositif permettant d'assurer votre authentification préalable ainsi que la sécurité et l'intégrité du document signé, conformément aux dispositions réglementaires applicables.

En pratique, pour certaines opérations ou certains actes, nous vous demanderons de manifester votre acceptation en que nous pourrions mettre en œuvre. Cette validation est présumée marquer votre consentement et votre engagement plein et entier à l'opération ou à l'acte réalisé, et revêtir une valeur équivalente à votre signature manuscrite sur un support papier, sauf preuve contraire.

Le document électronique signé vous sera transmis sur support durable. Il sera archivé, pendant la durée légale de conservation, selon des modalités en garantissant l'intégrité.

À tout moment pendant cette durée de conservation, vous pouvez nous demander de vous délivrer une copie sur support papier.

# 11. VOS DROITS

## 11.1. DROIT DE RENONCIATION

### 11.1.1. Vente à distance

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, l'opération d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances relatif à la vente à distance, vous bénéficiez de la faculté de renoncer à votre contrat, sans motif ni pénalité, dans les quatorze jours qui suivent la date de sa conclusion ou dans les quatorze jours qui suivent la date de réception des conditions contractuelles si cette date est postérieure à celle de la conclusion du contrat.

### 11.1.2. Démarchage à domicile

Conformément à l'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 ou par envoi d'un recommandé électronique 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.**

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'entreprise d'assurance est tenue de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation.

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

### 11.1.3. Modalités d'exercice du droit de renonciation

Vous devez adresser une lettre recommandée ou un recommandé électronique 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) demeurant (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.

Je déclare n'avoir pas connaissance, à ce jour, de l'existence d'un sinistre susceptible de mettre en jeu la garantie de mon contrat ci-dessus référencé.

La résiliation prendra effet à compter de la date de réception de la présente lettre.

Date et signature »

## 11.2. DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En tant que consommateur, vous pouvez vous opposer à faire l'objet de prospection commerciale par téléphone. Pour cela, il suffit de vous inscrire gratuitement sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Vous trouverez toutes les informations relatives à BLOCTEL sur le site bloctel.gouv.fr.

## 11.3. RÉCLAMATIONS

Suravenir Assurances et Novélia se sont dotés d'un dispositif de traitement des réclamations clients décrit ci-dessous.

Sachez que, constitue une réclamation, toute déclaration actant du mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée. Dès lors, une demande de service ou de prestation, une demande d'information, ou une demande d'avis n'est pas une réclamation (extrait de la recommandation 2022-R-01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations, émise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

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

- > à accuser réception de votre réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables, sauf si la réponse elle-même vous est apportée dans ce délai,
- > à vous répondre dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 2 mois.

### • Vos interlocuteurs privilégiés dans le cadre d'une réclamation

Votre courtier vous accompagne au quotidien. En cas 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 Bulletin d'Adhésion qui vous a été remis.

Pour une réclamation relative au traitement d'une prestation, votre interlocuteur est le service Indemnisations de Suravenir Assurances. Vous pouvez lui faire part de votre réclamation soit :

- > soit par courrier : Suravenir Assurances - Service Santé - TSA 30028 51725 Reims,
- > soit par mail : [gestion@sante.suravenir-assurances.fr](mailto:gestion@sante.suravenir-assurances.fr).

Si vous nous avez sollicité dans le cadre d'une réclamation orale à laquelle il ne vous a pas été donné immédiatement entière satisfaction, nous vous invitons à formaliser votre réclamation à l'écrit (par mail, par courrier postal) selon les modalités indiquées ci-dessus.

Pour une réclamation relative à vos garanties d'assistance, la procédure à suivre est présentée dans la Convention d'Assistance décrite à l'article 12.

**Si la réponse ou la solution apportée ne vous satisfait pas, et que le désaccord persiste, sachez que nos services se tiennent à votre disposition pour une nouvelle étude de votre réclamation :**

- > par courrier : Suravenir Assurances - Relations Clientèle - 44931 Nantes cedex 9,
- > par mail : [relationsclientele@suravenir-assurances.fr](mailto:relationsclientele@suravenir-assurances.fr).

**En outre, vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance, personnalité indépendante en tout état de cause deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite qu'il vous ait été répondu ou non :**

- > par courrier électronique (canal à privilégier) sur le site internet : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org),
- > par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 9

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

## 11.4. PROTECTION DES DONNÉES

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

### • Comment traitons-nous vos données ?

Vos données personnelles sont traitées pour nous permettre de réaliser : la souscription ou la gestion de votre contrat d'assurance, la gestion de vos sinistres et l'évaluation de votre satisfaction, la gestion et l'évaluation du risque d'assurance, la réalisation d'études statistiques, techniques et marketing, les actions de prévention, information et prospection commerciale, la conduite d'activités de recherche et de développement dans le but d'améliorer les produits et services, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et la lutte contre la fraude. À ce titre, vous êtes susceptible d'être inscrit sur une liste de personnes suspectées de fraude par Suravenir Assurances.

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.

Selon les garanties présentes dans votre contrat, 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, à l'exception de la prospection commerciale.

Ces traitements sont réalisés sur la base de :

- > notre intérêt légitime concernant l'évaluation de votre satisfaction, la réalisation d'études statistiques, techniques et marketing, les actions de prévention, la conduite d'activités de recherche et de développement dans le but d'améliorer les produits et services,
- > votre consentement lorsque celui-ci est requis : vos options d'acceptation ou de refus de prospection commerciale ont été collectées lors de votre entrée en relation avec le Crédit Mutuel Arkéa. Si vous souhaitez les modifier, nous vous invitons à vous connecter sur votre espace privé de banque en ligne ou à contacter votre conseiller,
- > la conclusion et l'exécution de votre contrat et le respect de nos obligations légales ou réglementaires pour les autres finalités. Dans ce cas, le traitement de vos données est nécessaire. À défaut, le contrat ne peut être conclu ou exécuté.

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 Suravenir Assurances est tenu.

### • À qui vos données sont transmises ?

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 Owlance, de ses sous-traitants, prestataires et partenaires, établissements et sociétés membres du Groupe Crédit Mutuel Arkéa intervenant dans le cadre du contrat.

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. Dans ce cas, vous pouvez demander à avoir connaissance des garanties appropriées qui sont mises en œuvre.

• **Quels sont les droits dont vous disposez ?**

Vous disposez sur vos données :

- > d'un droit d'accès,
- > d'un droit de rectification,
- > d'un droit d'opposition pour des raisons tenant à votre situation particulière,
- > d'un droit de portabilité,
- > d'un droit d'effacement, sous réserve des durées légales de conservation,
- > 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,
- > d'un droit de limitation des informations vous concernant.

Lorsque nous avons recueilli votre consentement afin de procéder au traitement de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment, sous réserve du traitement de données nécessaires à la conclusion ou l'exécution du contrat.

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

• **Comment nous contacter ?**

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](mailto:cil@suravenir-assurances.fr) ou un courrier à Suravenir Assurances - Service traitant les demandes Informatique et Libertés - 44931 Nantes cedex 9.

Le Crédit Mutuel Arkéa dont fait partie Suravenir Assurances a désigné un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : [protectiondesdonnees@arkea.com](mailto:protectiondesdonnees@arkea.com).

Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez vous reporter à la Politique des données personnelles disponible sur le site internet de Suravenir Assurances : [www.suravenir-assurances.fr](http://www.suravenir-assurances.fr).

## 11.5. AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION

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 9.

# 12. NOTICE D'INFORMATION ASSISTANCE

## 12.1. DOMAINE D'APPLICATION

### 12.1.1. Bénéficiaires

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

Sont couverts par la présente notice d'information :

- › le bénéficiaire du contrat souscrit auprès de Suravenir Assurances,
- › ses ayants droit.

### 12.2.2. Prise d'effet et durée des garanties

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

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'assistanteur.

### 12.2.3. Couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

- › au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- › pour tout déplacement\* en France ou dans les DROM\*\* (au-delà de 50 kilomètres 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.*

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

### 12.2.4. Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- › une hospitalisation,
- › une maternité,
- › une immobilisation,
- › la parentalité,
- › une maladie, un accident ou une blessure,
- › une situation d'aidant,
- › un traitement anticancéreux.

**L'assistanteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.**

**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.**

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, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

### 12.2.5. Modalités de mise en œuvre

**POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION,  
24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7**

Par téléphone :  
**09 69 36 87 76**

Pour les bénéficiaires résidant dans les DROM,  
ou appelant de l'étranger, par téléphone : 00 33 969 368 776.

**Pour toute transmission de documents médicaux uniquement,  
merci de les adresser à [medecinconseil@rmassistance.fr](mailto:medecinconseil@rmassistance.fr)**

**SANS OUBLIER :**

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

Lors de votre 1<sup>er</sup> appel, un numéro 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 (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Pour les traitements anticancéreux, la demande d'assistance devra être formulée dans un délai de 48 heures avant ou après la séance.**

**Pour le conseil, le transfert médical et l'assistance à l'étranger, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, l'assistanteur pourra accompagner et orienter le bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la 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.**

### 12.2.6. Intervention

**L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.**

**La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.**

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, l'assistanteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés. L'urgence justifiant l'intervention de l'assistanteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.** Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'assistanteur ou en accord préalable avec lui.

## 12.2.7. Application des prestations

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'assisteuseur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'assisteuseur ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'assisteuseur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'assisteuseur, après accord préalable de l'assisteuseur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et **dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'assisteuseur (étant entendu que le montant de la prestation d'assistance remboursé par l'assisteuseur est plafonné à l'intervention d'un seul intervenant au domicile du bénéficiaire). Les frais additionnels (frais kilométriques, frais de dossier, frais de gestion et cotisations) inhérents à la mise en œuvre de la prestation et figurant sur le justificatif fourni par le bénéficiaire ne sont pas pris en charge par l'assisteuseur.**

Dans de tels cas, l'assisteuseur s'engage à rembourser le bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'assisteuseur de l'ensemble des documents justificatifs.

De plus, il convient de préciser que l'assisteuseur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des bénéficiaires, l'assisteuseur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'assisteuseur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'assisteuseur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

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

**Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'assisteuseur à assurer ces prestations.**

## 12.2.8. Définitions

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

• **ADHÉRENT** : personne physique ayant adhéré à titre individuel ou collectif à la mutuelle.

• **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. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'assisteuseur après évaluation.

• **ANIMAUX DE COMPAGNIE** : sont considérés comme animaux 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.**

• **ASCENDANT** : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'adhérent et vivant sous le même toit.

• **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.

• **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 et les courses.

• **AYANTS DROIT** : les ayants droit de l'adhérent sont ceux inscrits comme tels par cet adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

• **BÉNÉFICIAIRE** : la personne ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif à une garantie santé de la Mutuelle et ses ayants droit.

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

• **CHIMIOTHÉRAPIE** : traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il peut être administré 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. Pour être considéré comme ayant droit de l'adhérent, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'adhérent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.
- **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 ou dans les DROM. Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire, 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 adhérent. 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.
- **DROM** : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.
- **ÉTABLISSEMENT DE SOINS** : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.
- **ÉTAT D'URGENCE SANITAIRE** : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.
- **ÉTRANGER** : tout pays en dehors du pays de domicile en France ou des DROM.
- **FAITS GÉNÉRATEURS** : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis par la présente notice d'information. Ils peuvent être les suivants :
  - › une hospitalisation,
  - › une maternité,
  - › une immobilisation,
  - › la parentalité,
  - › une maladie, un accident ou une blessure,
  - › une situation d'aïdant,
  - › un traitement anticancéreux.
- **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 courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. **Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.**
- **HANDICAP** : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.
- **HOSPITALISATION** : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public, privé ou à domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, 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)** : 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'assistant évalue le cadre au retour 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...). La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.
- **MALADIE** : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.
- **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** : 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 pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du bénéficiaire.

- **PAYS DE SÉJOUR** : pays dans lequel le bénéficiaire séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par la présente notice d'information 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 ». Il peut s'agir de l'adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'adhérent et vivant sous le même toit que lui.
- **PIÈCES JUSTIFICATIVES** : ensemble des documents pouvant être demandé par l'assistant 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 et descendants au 1<sup>er</sup> degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le bénéficiaire.
- **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.
- **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 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.
- **TRAITEMENT** : seuls les traitements anticancéreux ou anti-néoplasiques 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. **Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.**
- **TRANSPORT** : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et **dans la limite de 500 euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM. **L'assistant est seul décisionnaire du moyen utilisé.**

## 12.2. ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

### 12.2.1. Écoute, conseil & orientation

Le service Écoute, Conseil & Orientation est un service dédié aux bénéficiaires afin d'assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie.

L'assistant peut notamment informer sur les garanties d'assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des bénéficiaires, les solutions d'adoption des animaux de compagnie existantes en cas de décès du propriétaire de l'animal.

L'assistant peut également, sur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront aider et réaliser les services dont le bénéficiaire a besoin. **Le coût de la prestation reste à la charge du bénéficiaire.**

### 12.2.2. Information juridique

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

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

- **Pratique** :

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

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. 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.

### 12.2.3. 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 et maladies sexuellement transmissibles (IST et 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 :**

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

### 12.2.4. 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.

Sur demande, l'assistant met à disposition des bénéficiaires un interlocuteur qualifié et prend en charge le coût de ses conseils.

### 12.2.5. Accompagnement spécifique en cas de décès

#### 12.2.5.1. Enregistrement et respect des volontés

Il s'agit de la volonté manifestée par le bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'assistant, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que l'adhérent puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres bénéficiaires désignés à l'article « 12.1.1. Domaine d'application - Bénéficiaires » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'assistant communiquera le contenu de cet enregistrement.

Ce service est ouvert dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat sur simple appel téléphonique.

#### 12.2.5.2. Organisation des obsèques

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux bénéficiaires, l'assistant propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'assistant conseille et organise, pour le compte des bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. **Le coût des obsèques reste à la charge des bénéficiaires.**

#### 12.2.5.3. Accompagnement psycho-social

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, ce service permet à l'entourage du bénéficiaire de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- › analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis...),
- › information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
- › aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
- › évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre,
- › assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et l'assistant ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).

## 12.3. ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un bénéficiaire fait face à :

- › une dépendance/perte d'autonomie,
- › un aléa de santé,
- › un arrêt de travail,
- › un risque suicidaire,
- › une rupture familiale,
- › un isolement social,
- › une addiction comportementale ou à un produit,
- › la perte de son emploi,
- › la souffrance au travail,
- › l'inadaptation du logement,
- › un risque de précarité financière,
- › le décès d'un proche.

L'assistant propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

**Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont illimités, sous réserve de l'évaluation du professionnel référent. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire. Seuls les bénéficiaires majeurs âgés de 18 ans révolus peuvent bénéficier d'un accompagnement psycho-social. Sont exclus de la prestation d'accompagnement psycho-social les mineurs émancipés ou non émancipés.**

L'assistant s'engage à :

- › fixer le premier rendez-vous 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'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

### 12.3.1. Un service d'appels de convivialité

Ce service permet de :

- › rompre l'isolement,
- › apporter du réconfort,
- › aider à restaurer le lien social,
- › ouvrir un espace de parole,
- › être le dépositaire d'histoires de vie.

### 12.3.2. Un service de conseil social

Les travailleurs sociaux apportent :

- › information, conseil, orientation,
- › accès aux droits,
- › orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- › informations sur les secours financiers,
- › soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- › soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- › conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

### 12.3.3. Un service de soutien psychologique

Les psychologues prodiguent :

- › une aide à la prise de distance,
- › un soutien psychologique ponctuel,
- › une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- › des outils de gestion du stress, de l'anxiété.

## 12.4. PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION, DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX

### 12.4.1. Assistance pro : mobilité du bénéficiaire travailleur non salarié en cas d'aléa de santé

En cas d'impossibilité d'utiliser les moyens de transports habituels (voiture/transports en commun) pour se rendre à son lieu de travail habituel, suite à une incapacité constatée médicalement (justificatifs à fournir), l'assistant prend en charge les frais de taxi sur le trajet aller-retour domicile-travail afin que le travailleur non salarié puisse continuer son activité professionnelle durant cette période d'incapacité, **dans la limite d'un budget de 300 euros TTC.**

### 12.4.2. 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 kilomètres du domicile du bénéficiaire.**

**Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.**

### 12.4.3. Prestations dès une hospitalisation en ambulatoire, en cas de maternité de plus de 4 jours ou en cas d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours

**L'assistant évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.**

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

#### 12.4.3.1. Aide à domicile

L'assistant met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, à **raison d'un maximum de 10 heures.**

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

#### 12.4.3.2. Prestations de bien-être et de soutien

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 organise et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile** :

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

#### 12.4.3.3. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

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

- › soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation**. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 5 jours, l'assistant se charge également, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche,
- › soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM,
- › soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

#### 12.4.3.4. Garde des personnes dépendantes

Si le bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'assistant organise et prend en charge :

- › soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation**,
- › soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM,
- › soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

#### 12.4.3.5. Garde des animaux de compagnie

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'assistant organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours**.

**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 thermique.**

#### 12.4.3.6. Dispositif de téléassistance

L'assistant organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et 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.

#### 12.4.3.7. 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.

#### 12.4.4. Prestation en cas de traitement anticancéreux de chimiothérapie ou de 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. Cette prestation s'organise :

- › **dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement,**
- › **dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin,**
- › **lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie à prise journalière, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin.**

**Pour pouvoir bénéficier des prestations d'assistance, le bénéficiaire doit contacter l'assistant dans un délai de 48 heures avant ou après chaque séance.**

#### 12.4.5. Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire

##### 12.4.5.1. 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 8 heures 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 mail à [medecinconseil@rmasistance.fr](mailto:medecinconseil@rmasistance.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).

#### 12.4.5.2. 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<sup>e</sup> 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 2 heures 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, 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> 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 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

### 12.4.6. Prestations en cas d'hospitalisation imprévue, suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM

#### 12.4.6.1. 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.

#### 12.4.6.2. 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 pas 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 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 la nullité du bénéfice de la prestation.**

#### 12.4.6.3. 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.

#### 12.4.7. Prestation en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM

##### • 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 organise et 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 125 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits**. 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 125 euros 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. **Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'assistant.**

## 12.5. PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES EN SOUTIEN À LA MATERNITÉ ET PARENTALITÉ

### 12.5.1. 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.

Sur demande, l'assistant met à disposition des bénéficiaires un interlocuteur qualifié et prend en charge le coût de ses conseils.

### 12.5.2. Mise à disposition d'un intervenant qualifié en cas de maternité

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

### 12.5.3. En cas de grossesse pathologique

#### 12.5.3.1. Aide à domicile

En cas d'immobilisation de plus de 5 jours à domicile médicalement constatée due à une grossesse pathologique, l'assistant 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 12 heures à raison d'un maximum de 4 heures 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.

Cette prestation ne peut se cumuler avec la prestation prévue à l'article « 12.4.3. Prestations dès une hospitalisation en ambulatoire, en cas de maternité de plus de 4 jours ou en cas d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours - Aide à domicile ».

#### 12.5.3.2. 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'assistant organise et prend en charge :

> soit la garde des enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant l'immobilisation**.

Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 5 jours, l'assistant se charge également, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche,

> soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM,

> soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

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

### 12.5.4. 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'assistant organise et prend en charge une garde d'enfants compétente à domicile **pour une période de 5 jours, à raison de 8 heures par jour pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation**.

En lieu et place de la prestation de garde d'enfant définie ci-dessus, l'assistant peut organiser et prendre en charge :

- > soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM,
- > 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 mail à [medecinconseil@rmasistance.fr](mailto:medecinconseil@rmasistance.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.

## 12.6. PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS

### 12.6.1. Bilan psycho-social de la situation

À tout moment, lorsque le bénéficiaire se trouve en situation d'aidant, il peut solliciter l'expertise du département d'accompagnement psycho-social de l'assistant 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 avec un nombre illimité d'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'assistant.

En complément, l'assistant met à disposition l'accès à une plateforme digitale dédiée aux aidants 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 géolocalisées et personnalisées, accès à des services en ligne, avec possibilité de renvoi vers l'assistant pour un contact avec des professionnels.

### 12.6.2. Assistance préventive

À tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'assistant 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 du département d'accompagnement psycho-social de l'assistant 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.**

#### 12.6.2.1. Prévention de l'épuisement de l'aidant

À tout moment, l'assistant organise et prend en charge (sur justificatif) **à hauteur d'une enveloppe financière maximum de 300 euros TTC**, 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).

#### 12.6.2.2. Santé et bien-être de l'aidant

À tout moment, l'assistant organise et prend en charge (sur justificatif), 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 12 heures**,
- > l'accès à un conseil médical par téléphone.

#### 12.6.2.3. Soutien pour la vie quotidienne

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

- > la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 6 mois maximum ou à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 60 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum**,
- > 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.**

#### 12.3.2.4. Soutien au maintien de l'activité professionnelle de l'aidant

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

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

### 12.6.3. Assistance en cas de situation de crise

L'ensemble des prestations est délivré dans le cadre d'un accompagnement du département d'accompagnement psycho-social de l'assistant :

- > par un psychologue, 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.

### 12.6.3.1. Empêchement de l'aidant lié à son état de santé

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures 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 évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :**

› une prestation d'aide à domicile **à concurrence d'un maximum de 15 heures,**

› une prestation de bien-être et de soutien, **à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC maximum,** telle(s) que :

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

› l'organisation et le financement du coût du transport d'un proche au domicile si l'aidant partage habituellement le domicile de la personne aidée **dans la limite de 500 euros TTC,**

› l'organisation d'un hébergement temporaire, **dans la limite des places disponibles,** et le financement de son coût **à concurrence d'un maximum de 300 euros TTC.**

**La prestation proposée ci-dessus est définie par l'assistant selon les besoins du bénéficiaire.**

### 12.6.3.2. 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 du département d'accompagnement psycho-social d'autre part, l'assistant évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

› 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.**

**La prestation proposée ci-dessus est définie par l'assistant selon les besoins du bénéficiaire.**

### 12.6.3.3. 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 évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

› une aide à domicile **à concurrence d'un maximum de 15 heures,**

› une prestation de bien-être et de soutien, **à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC maximum,** telle(s) que :

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

› une prestation de garde de nuit à domicile **à hauteur de 2 nuits consécutives,**

› une prestation d'ergothérapeute **à concurrence d'un maximum de 4 heures d'intervention à domicile.**

**La prestation proposée ci-dessus est définie par l'assistant selon les besoins du bénéficiaire.**

### 12.6.4. Fin de la situation d'aidant

À tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'assistant 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 dans l'année qui suit la fin de situation d'aidance.**

#### 12.6.4.1. Lorsque la personne aidée retrouve ses capacités

Lorsque la personne aidée est en état de rémission ou guérison médicalement constatée, le département d'accompagnement psycho-social de l'assistant organise et prend 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.**

#### 12.6.4.2. Lorsque la personne aidée décède

En cas de décès de la personne aidée et sur présentation de l'acte de décès, le département d'accompagnement psycho-social de l'assistant organise et 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.**

## 12.7. PRESTATIONS D'ASSISTANCE À L'ÉTRANGER

### 12.7.1. Cadre d'application spécifique de l'assistance à l'étranger

#### 12.7.1.1. 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 plein droit 31 jours après la date de départ ou de début de séjour.** L'assisteur 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 notice d'information. **L'assisteur 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 d'information. L'assisteur n'est aucunement responsable des conséquences d'une faute médicale ou d'un traitement insuffisant ou inadéquat.**

#### 12.7.1.2. Couverture géographique de l'assistance à l'étranger

Les prestations d'assistance à l'étranger s'appliquent dans les pays du monde entier **(à l'exception de ceux visés ci-après)** et s'entendent 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 à titre privé ou 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).**

#### 12.7.1.3. 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 48 heures 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 : 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.

#### • Conseils

Si le bénéficiaire est assuré au titre du régime légal de l'Assurance maladie il est nécessaire pour bénéficier des prestations de l'Assurance maladie lors de son déplacement dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen (EEE) ou de la Suisse, d'être titulaire de la « Carte Européenne d'Assurance maladie » (individuelle et nominative) en cours de validité qu'il doit se procurer avant son départ auprès de sa caisse d'Assurance maladie.

Si le bénéficiaire se déplace dans un pays qui ne fait pas partie de l'Espace Économique Européen (EEE) ou de la Suisse, il doit se renseigner, avant son départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de Sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, il doit consulter sa caisse d'Assurance maladie pour savoir s'il entre dans le champ d'application de ladite convention et s'il a des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire).

En cas de nécessité d'une attestation d'assistance médicale pour l'obtention d'un visa, celle-ci sera délivrée par l'assisteur dans un délai de 8 jours ouvrés à compter de la réception de la demande écrite du bénéficiaire assortie de tous les éléments nécessaires à sa rédaction (les éléments requis sont : nom, prénom, date de naissance, destination, durée de voyage, adresse de domicile, numéro du passeport, les numéros de téléphone où l'appeler en cas de nécessité).

Lors de ses déplacements, le bénéficiaire ne doit pas oublier d'emporter les documents justifiants de son identité et tout document nécessaire à son voyage : passeport, carte nationale d'identité, carte de séjour, visa d'entrée, visa de retour, carnet de vaccination... et de surtout vérifier leur date de validité.

#### 12.7.1.4. 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,
- > tout autre justificatif que l'assisteur estimera nécessaire pour apprécier le droit aux prestations d'assistance.



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

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

- > si le bénéficiaire ne notifie pas à l'assistant de la survenue de l'accident ou de la maladie soudaine nécessitant une assistance médicale ou autre dans un délai de 48 heures 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'assistant 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'assistant, est soumise obligatoirement à l'approbation préalable de l'assistant, sous peine d'un refus de couverture,
- > si le bénéficiaire ou la personne référente du bénéficiaire refuse les prestations de l'assistant.

#### 12.7.1.5. 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'assistant, 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'assistant de suspendre la garantie d'assistance dès qu'il prend connaissance des 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'assistant.

## 12.7.2. Prestations d'assistance à l'étranger

### 12.7.2.1. Le service d'informations et de prévention médicale

L'assistant met à la disposition du bénéficiaire un service téléphonique disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avant et pendant le voyage, et ceci afin de délivrer des informations pratiques, organisationnelles et médicales.

L'équipe médicale de l'assistant 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'assistant ne peut se substituer.**

### 12.7.2.2. Le service d'accompagnement et d'écoute au cours d'une hospitalisation

Les médecins de l'assistant 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 au bénéficiaire ainsi qu'à sa famille avec une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue.

### 12.7.2.3. Mise à disposition d'un médecin sur place

Durant son séjour à l'étranger, le bénéficiaire peut contacter l'assistant 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'assistant 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.

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

#### a. Avance des frais médicaux

L'assistant fait l'avance **dans la limite de 4 600 euros 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'assistant,
- > 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'assistant est en mesure d'effectuer le transport, même si le bénéficiaire décide de rester sur place.**

#### RAPPEL

Pour pouvoir bénéficier de cette avance, le bénéficiaire signera, lors de la demande d'assistance :

- > une autorisation de transmission directe pour permettre à l'assistant 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'assistant en cas de non prise en charge par la Sécurité sociale.

#### b. Prise en charge du reste à charge des frais médicaux

L'assistant 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 euros TTC.**

#### • Frais médicaux couverts à l'étranger :

- > honoraires médicaux,
- > frais d'urgence,
- > frais d'examen complémentaires (analyses, radiologies...), pharmaceutiques et de contrôle après hospitalisation ou d'urgence médicale,
- > frais d'hospitalisation imprévus,
- > frais chirurgicaux imprévus.

Pour donner lieu à remboursement, toutes consultations, hospitalisations et interventions chirurgicales doivent être déclarées à l'assistant dans les 48 heures après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou de l'hospitalisation imprévus.

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 euros 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 adjointes n'est pas prise en charge).

### 12.7.2.5. 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 euros TTC** 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.

## 12.8. CADRE JURIDIQUE

### 12.8.1. 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 notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou cedex et immatriculée au répertoire Siren sous le n° 444 269 682.

### 12.8.2. Conditions restrictives d'application des garanties

#### 12.8.2.1. 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.

#### 12.8.2.2. Responsabilité

La responsabilité de l'assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens réalisables 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 ou pandémique 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.

#### 12.8.2.3. Circonstances exceptionnelles

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

- › de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- › d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- › 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.

### 12.8.3. Exclusions

#### 12.8.3.1. Exclusions communes à l'ensemble des prestations

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

- › les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- › les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire, ceux 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 des services de l'assistant 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.

#### 12.8.3.2. Exclusions communes à toutes les prestations en cas de demande d'assistance à l'étranger

Dans le cadre de la présente notice d'information, 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 ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'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 euros 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 notice d'information,
- › les frais non justifiés par des documents justificatifs,
- › 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 (sport de lutte (avec ou sans armes blanches), art 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), les 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 28<sup>e</sup> 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.

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 sont exclues la prise en charge des franchises médicales et des participations forfaitaires dans l'hypothèse où elles ont été appliquées par la Sécurité sociale.

### 12.8.4. 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.

### 12.8.5. Recours

Le bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'assistant 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.

### 12.8.6. Subrogation

L'assistant 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'assistant ; c'est-à-dire que l'assistant effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'assistant l'estime opportun.

### 12.8.7. Prescription

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'information 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 bénéficiaire, 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 de l'adhérent, 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 l'adhérent 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par la mutuelle ou l'union au bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, 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.

### 12.8.8. Protection des données personnelles

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

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 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'exerce 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](mailto: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 Worldline - Immeuble River Ouest - 80 quai Voltaire - 95870 Bezons ou par internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

## 12.8.9. Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire peut effectuer une réclamation auprès de RMA :

> par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la présente notice,

> si le bénéficiaire n'a pas immédiatement obtenu satisfaction par téléphone, ou s'il souhaite effectuer sa réclamation par écrit, il peut adresser sa réclamation à l'adresse du siège social : RMA - Service Qualité - 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou cedex. RMA adressera un accusé de réception dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au bénéficiaire dans ce délai.

À défaut, une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 Paris cedex 15.

## 12.8.10. Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - 75436 Paris cedex 9.

# SYNTHÈSE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

L'adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'assistant, doit communiquer son propre numéro d'adhérent.

GARANTIES		MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE		
<b>DÈS LA SOUSCRIPTION</b>				
Conseils, écoute, orientation		Illimités		
Informations juridiques		Illimitées		
Conseils et informations médicales		Illimités		
Accompagnement spécifique en cas de décès		Illimité		
<b>ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL</b>				
Appels de convivialité		Illimités		
Conseil social		Illimité		
Soutien psychologique		Illimité		
<b>EN CAS D'HOSPITALISATION, D'IMMOBILISATION ET DE MATERNITÉ</b>				
	<b>Hospitalisation dès l'ambulatorioire</b>	<b>Hospitalisation ou immobilisation + 14 J de l'enfant</b>	<b>Immobilisation imprévue + 5 J ou prévue + 10 J</b>	<b>Maternité + 4 J, césarienne, multiples</b>
Aide à domicile	10 heures		10 heures	10 heures
Prestations de bien-être et soutien (Auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition...)	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile		Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures		40 heures	40 heures
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures		40 heures	40 heures
Garde des animaux de compagnie	30 jours		30 jours	30 jours
Téléassistance	3 mois		3 mois	3 mois
Présence d'un proche au chevet	500 euros TTC		500 euros TTC	500 euros TTC
École à domicile		10 heures/semaine		
<b>ASSISTANCE PRO</b>				
Taxi		300 euros TTC		
<b>EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE À PLUS DE 50KM DU DOMICILE</b>				
	<b>Hospitalisation imprévue (maladie, accident ou blessure) lors d'un déplacement à + de 50 km du domicile</b>		<b>Hospitalisation imprévue + 5J (maladie, accident ou blessure) lors d'un déplacement à + de 50 km du domicile</b>	
Conseil médical	Illimité			
Transfert médical	Coûts réels du reste à charge après remboursement du régime obligatoire et organismes complémentaires			
Retour des accompagnants	500 euros TTC			
Déplacement et hébergement d'un proche			Déplacement : 500 euros TTC Hébergement : 5 nuits à 125 euros TTC/nuit	

GARANTIES	MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE			
<b>EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX</b>				
Aide à domicile	Pendant toute la durée du traitement			
<b>PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES EN SOUTIEN À LA MATERNITÉ ET PARENTALITÉ</b>				
	Maternité	Grossesse pathologique	Hospitalisation imprévue + 4 J ou immobilisation imprévue + 5 J de la « garde d'enfant »	
Informations, conseils et soutien	Illimités	Illimités	Illimités	
Intervenant qualifié (Auxiliaire de puériculture, sage-femme, TISF)	4 heures			
Aide à domicile		12 heures		
Garde des enfants ou petits enfants		40 heures	40 heures	
<b>PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS</b>				
	BILAN PSYCHO-SOCIAL			
Soutien psychologique	Illimité			
Accompagnement social	Illimité			
Accès portail d'informations	Illimité			
	ASSISTANCE PRÉVENTIVE			
	Prévention épuisement de l'aidant	Santé et bien-être de l'aidant	Soutien vie quotidienne	Soutien vie professionnelle
Formation de l'aidant	300 euros TTC			
Acquisition de matériel paramédical ou aides techniques	300 euros TTC			
Médiation	300 euros TTC			
Activité physique adaptée		3 séances		
Présence à domicile		12 heures		12 heures
Conseil médical		Illimité		
Téléassistance			6 mois	
Inscription à une association			1 inscription	
Réseau d'entraide			1 inscription	
Conseils nutrition			5 entretiens	
Portage de repas				Équivalente à l'enveloppe financière de la présence à domicile

GARANTIES	MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE			
	ASSISTANCE EN CAS DE SITUATION DE CRISE			
	Hospitalisation + 24h de l'aidant	Immobilisation + 48h de l'aidant	Épuisement de l'aidant	Hospitalisation + 4 J de la personne aidée
<b>Aide à domicile</b>	15 heures	15 heures		15 heures
<b>Prestations de bien-être et soutien</b> (Auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition...)	300 euros TTC	300 euros TTC		300 euros TTC
<b>Transport d'un proche au domicile</b>	500 euros TTC	500 euros TTC		
<b>Hébergement temporaire</b>	300 euros TTC	300 euros TTC	Équivalente à l'enveloppe financière de la garde de nuit	
<b>Garde de nuit à domicile</b>			2 nuits	2 nuits
<b>Accueil de jour</b>			Équivalente à l'enveloppe financière de la garde de nuit	
<b>Prestation d'ergothérapeute</b>				4 heures
	FIN DE LA SITUATION D'AIDANT			
	Récupération des capacités de la personne aidée		Décès de la personne aidée	
<b>Activité de loisirs</b>	3 séances			
<b>Activité physique adaptée</b>	3 séances			
<b>Conseils nutrition</b>	5 entretiens			
<b>Conseils gestion du budget</b>			5 entretiens	
<b>Inscription à une association</b>			1 inscription	
ASSISTANCE À L'ÉTRANGER				
	À TOUT MOMENT			
<b>Information et prévention médicale</b>	Illimitée			
	MALADIE, BLESSURE, ACCIDENT ET HOSPITALISATION IMPRÉVUS À L'ÉTRANGER			
<b>Service d'accompagnement et d'écoute</b>	Illimité			
<b>Mise à disposition d'un médecin sur place</b>	Illimitée			
<b>Avance des frais médicaux</b>	4 600 euros TTC			
<b>Prise en charge du reste à charge des frais médicaux</b>	4 600 euros TTC			
<b>Remboursement des frais téléphoniques</b>	100 euros TTC			





## NUMÉROS UTILES

### Pour trouver une réponse à toutes vos questions



- **Contactez votre assureur conseil**

ses coordonnées figurent  
sur votre Bulletin d'Adhésion

- **Pour vos remboursements santé  
ou vos demandes de prise en charge,  
contactez le service santé**



> par téléphone au 0970 809 336,  
(lun. au ven. de 9h à 18h30 ; sam. de 9h à 13h)

> via le formulaire « Contact » accessible  
depuis votre espace Santé assuré



> par courrier : Suravenir Assurances  
Service Santé - TSA 30028  
51725 Reims cedex



- **Vous avez besoin d'assistance**

contactez un conseiller assistance  
au 0 969 368 776  
24h/24 et 7j/7



Avec Ecofolio  
tous les papiers  
se recyclent.

**NOVELIA** - SASU au capital de 1 000 000 €, société de courtage en assurances, siège social : 30 boulevard de la Tour d'Auvergne - CS 86523 - 35065 Rennes cedex, Siren B 383 286 473 RCS Rennes, n° Orias 07 001 889 (vérifiable sur [www.orias.fr](http://www.orias.fr)). Société soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 9.

**SURAVENIR ASSURANCES** - Entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital entièrement libéré de 45 323 910 €, siège social : 2 rue Vasco de Gama - Saint-Herblain - 44931 Nantes cedex 9, immatriculée au RCS Nantes 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 9.

**RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE** - Union d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Siren n° 444 269 682, siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44214 Vertou cedex.