

- des dommages causés par des explosifs que le bénéficiaire peut détenir ;
 - de la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires ;
 - d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.
- Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
 - les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel.

Conditions restrictives d'application :

Limitation de responsabilité : A.A ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance. A.A ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

Circonstances exceptionnelles : A.A ne peut être tenu pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

Subrogation :

A.A est subrogé dans les droits et actions de toute personne physique ou morale, bénéficiaire de tout ou partie des garanties figurant à la présente convention, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par elle en exécution de la présente convention.

Prescription :

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

COMMENT CONTACTER AVIVA ASSURANCES ?

Par téléphone : de France au **01 76 62 60 99**,
de l'étranger au 33 1 76 62 60 99

Par fax : 01 76 62 64 24

Par courrier : Aviva Assurances
Centre de Gestion
109 Boulevard Stalingrad
69100 Villeurbanne

Pour toute demande relative aux prestations d'assistance, il est nécessaire d'indiquer le nom du contrat, le nom de l'assuré et le n° de contrat.

AVIVA VIE - Entreprise régie par le Code des Assurances - Société Anonyme d'Assurance Vie et Capitalisation au capital social de 655 481 225,46 € - RCS Nanterre 732 020 805 - Siège social : 70, avenue de l'Europe 92270 Bois-Colombes.

ADER - Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 - Siège social : 24 - 26, rue de la Pépinière 75008 Paris.

AVIVA ASSURANCES - Entreprise régie par le Code des Assurances - Société Anonyme d'Assurances Incendie, Accidents et Risques Divers au capital de 1 68 132 098,28 € - RCS Nanterre 306 522 665 - Siège social : 13, rue du Moulin Bailly - 92270 Bois - Colombes.

1 REGLEMENT ENTRE AVIVA ET L'ASSOCIATION ADER

Le contrat Assurance Dépendance Aviva est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative régi par le Code des Assurances (branches 1 et 2 de l'article R321-1). Il est souscrit auprès d'Aviva par l'ADER : Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite - 24-26, rue de la Pépinière - 75008 Paris. Cette association, régie par la Loi de juillet 1901, a pour objet d'étudier et de mettre en œuvre tous les moyens propres à la réalisation et à la gestion de tout régime de retraite et de prévoyance au profit de ses adhérents.

Différentes informations concernant l'Association sont disponibles sur le site Internet www.avivadirect.fr, notamment ses statuts, et la composition de son conseil d'administration. Le contrat Assurance Dépendance Aviva identifié sous le n° 2.603.443, a été souscrit le 2 juillet 2007 pour une période se terminant le 31 décembre 2007. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation de l'une des parties contractantes notifiée par lettre recommandée. Cette lettre doit être envoyée au moins 3 mois avant la date de renouvellement. La date d'envoi de la lettre recommandée marque le départ du délai de préavis.

En cas de résiliation du contrat collectif Assurance Dépendance Aviva, Aviva s'engage à maintenir les adhésions au contrat Assurance Dépendance Aviva en vigueur jusqu'à leur dénouement normal et dans les conditions en vigueur lors de la résiliation.

En cas de dissolution de l'Association, le contrat se poursuit de plein droit entre l'assureur et les personnes antérieurement adhérentes au contrat de groupe.

Les droits et les obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par avenants au contrat. Ces avenants seront adoptés, en accord avec l'assureur, par l'ADER, représentée par son Président ou par une autre personne habilitée.

En cas de modification se rapportant aux droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront également informés par écrit au moins trois mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur. S'il le souhaite, l'adhérent pourra dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

2 CE QUE VOUS APPORTE VOTRE CONTRAT

Le contrat Assurance Dépendance Aviva vous permet de bénéficier, après reconnaissance par Aviva Vie d'un état de dépendance garanti par votre contrat, du versement d'une rente viagère mensuelle pour vous aider à faire face aux dépenses supplémentaires consécutives à une diminution de vos capacités physiques ou mentales.

A l'adhésion, vous avez le choix entre deux options de garanties :

L'option « Dépendance Totale » :

Elle vous garantit, en cas de reconnaissance par l'assureur d'un état de dépendance totale (tel que décrit à l'article 4), le versement de 100 % de la rente souscrite.

L'option « Dépendance Partielle et Totale » :

Elle vous garantit :

- En cas de reconnaissance par l'assureur d'un état de dépendance partielle (tel que décrit à l'article 4), le versement de 50 % de la rente souscrite.

- En cas de reconnaissance par l'assureur d'un état de dépendance totale (tel que décrit à l'article 4), le versement de 100% de la rente souscrite.

Vous êtes couvert quel que soit le lieu de survenance de la dépendance, dans le monde entier. En revanche, la constatation médicale de l'état de dépendance doit être effectuée en France métropolitaine ou à Monaco.

Votre contrat prévoit également des prestations d'assistance dès l'adhésion et sur toute la durée de vie du contrat : le service "Aviva Présence", qui vous est présenté dans la Convention d'assistance.

3 QUI PEUT ADHERER A L'ASSURANCE DEPENDANCE AVIVA ?

Pour adhérer, il est nécessaire d'être âgé au minimum de 50 ans et au maximum de 75 ans, de résider en France métropolitaine ou à Monaco et de pouvoir certifier sur l'honneur la déclaration d'état de santé figurant sur votre demande d'adhésion.

Si vous ne pouvez pas certifier la déclaration d'état de santé, vous êtes invité à répondre au questionnaire de santé complémentaire qui sera étudié par notre service médical. Ce dernier statuera sur l'acceptation ou sur le refus de votre demande d'adhésion.

Un même assuré ne peut détenir qu'un contrat dépendance auprès d'Aviva Vie.

4 COMMENT EST EVALUE L'ETAT DE DEPENDANCE ?

L'état de dépendance est défini :

- par référence aux **Groupes Iso-Ressources (GIR)**, correspondant à des degrés de dépendance, définis par le décret d'application n° 2001-1084 du 20 novembre 2001 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et
- par référence à l'impossibilité d'effectuer seul **certains actes de la vie quotidienne**.

L'état de dépendance doit présenter un caractère permanent et entraîner de façon présumée définitive l'assistance d'une tierce personne (*). L'état de dépendance est mesuré après recours aux équipements adaptés (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, prothèses, ...).

La Dépendance totale :

- Est reconnue en état de dépendance physique totale la personne dont l'état de santé est jugé consolidé, qui est classée par l'assureur dans le **GIR 1 ou 2 (**)** de la grille AGGIR et qui est médicalement reconnu incapable de façon permanente et définitive d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance d'une tierce personne(*), **3 des 4 actes de la vie quotidienne (***)**.
- Est reconnue en état de dépendance psychique totale la personne dont l'état de santé est jugé consolidé, qui est classée par l'assureur dans le **GIR 1 ou 2 (**)** de la grille AGGIR et qui est atteint d'une démence constatée médicalement par un neuropsychiatre à l'aide d'un score inférieur ou égal à 15 au test « Mini Mental State Examination » de FOLSTEIN.

Dépendance partielle :

- Est reconnue en état de dépendance physique partielle la personne dont l'état de santé est jugé consolidé, qui est classée par l'assureur dans le **GIR 3 (**)** de la grille AGGIR et qui se trouve dans l'incapacité définitive d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance d'une tierce personne(*) **2 des 4 actes de la vie quotidienne (***)**.
- Est reconnue en état de dépendance psychique partielle la personne dont l'état de

santé est jugé consolidé, qui est classée par l'assureur dans le **GIR 3 (**)** de la grille AGGIR et qui est atteint d'une démence constatée médicalement par un neuropsychiatre à l'aide d'un score inférieur ou égal à 15 au test « Mini Mental State Examination » de FOLSTEIN.

() Par assistance d'une tierce personne, on entend l'aide d'un membre du personnel médical, d'un parent ou d'un ami. Cette aide peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide ménagère, comme les courses ou le ménage.*

*(**) Les groupes iso-ressources (GIR) :*

- **GIR 1** : il s'agit de personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et qui nécessitent la présence indispensable et continue d'une tierce personne.
- **GIR 2** : deux sous groupes composent le groupe 2 :
 - Les personnes grabataires dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Une majorité d'entre elles n'assurent pas seules tout ou partie de l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire, de la toilette, de l'habillage et de l'alimentation. Elles requièrent une surveillance permanente et des actions d'aide répétitives de jour comme de nuit.
 - Les personnes souffrant de détérioration mentale grave qui ont conservé totalement ou significativement leurs facultés locomotrices ainsi que certaines activités corporelles qu'ils n'effectuent souvent que stimulés. La conservation de leurs activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour certaines activités corporelles.
- **GIR 3** : il s'agit essentiellement de personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire. Elles ne nécessitent pas une surveillance permanente.

*(***) Les actes de la vie quotidienne :*

- **Se déplacer** : se déplacer à l'intérieur de son logement sur une surface plane.
- **Se laver et se vêtir** : se laver, tant le haut que le bas du corps et enfiler ou enlever les vêtements portés quotidiennement.

Un besoin d'assistance uniquement pour enfiler ou enlever ses bas, chaussettes ou chaussures, ou encore pour attacher ou détacher ses vêtements n'est pas considéré comme une incapacité physique totale de s'habiller.

- **S'alimenter** : porter à la bouche la boisson et les aliments préalablement coupés, et les avaler.
- **Se lever, se coucher, s'asseoir** : passer de chacune des positions à l'autre (debout / assis ; assis / couché ; assis / debout ; couché / assis).

5 QUAND MON CONTRAT PREND - IL EFFET ET POUR QUELLE DUREE ?

Votre contrat prend effet à la date indiquée sur votre certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de votre première cotisation par l'assureur.

Votre adhésion est d'une durée d'un an suivant la date d'effet figurant au certificat d'adhésion. Elle sera ensuite reconduite d'année en année, sauf si vous manifestez la volonté d'y mettre fin par lettre recommandée. Cette résiliation prendra effet à la

fin de la période couverte par votre dernier règlement. Pour notre part nous nous engageons à maintenir vos garanties en vigueur tant que vous réglerez votre cotisation ou que votre état de dépendance durera.

6 QUELLE EST LA DATE DE CONCLUSION DE MON CONTRAT ?

Votre contrat est conclu, soit à la date de signature de la demande d'adhésion si vous avez certifié sur l'honneur la déclaration d'état de santé, soit au jour de la notification par l'assureur de l'acceptation du risque si vous avez répondu au questionnaire de santé complémentaire.

7 QUAND MA GARANTIE S'APPLIQUE-T-ELLE (DELAIS DE CARENCE) ?

- Immédiatement en cas de dépendance consécutive à un accident survenu après la prise d'effet de votre contrat. Par accident, il faut entendre une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provoqué exclusivement par un événement extérieur imprévu et soudain. Ne sont donc pas considérées comme accident, les atteintes organiques qualifiées d'accident par le langage médical (accident cardiovasculaire et accident vasculaire cérébral notamment) ainsi que les atteintes corporelles survenues au cours d'une intervention chirurgicale, sauf si celle-ci intervient dans les suites immédiates et directes d'un accident tel que défini ci-dessus.
- Après un délai de carence de trois ans, débutant à partir de la date d'effet du contrat, en cas de dépendance consécutive à une affection neurologique ou psychiatrique, à la maladie d'Alzheimer (ou tout état de démence sénile), à la maladie de Parkinson ou à la sclérose en plaques.
- Pour les autres maladies, ce délai est ramené à un an.

Si la dépendance est reconnue pendant le délai de carence prévu par le contrat pour l'affection en cause, ou si celle-ci a débuté pendant ce même délai, la rente prévue à l'article 2 ne peut vous être versée, votre contrat est résilié et vos cotisations vous sont intégralement remboursées, sauf s'il est constaté une fausse déclaration intentionnelle de votre part.

Toute déclaration inexacte peut entraîner la nullité de votre contrat conformément à l'article L113-8 du Code des Assurances. Dans ce cas, les garanties prévues au contrat ne peuvent vous être accordées.

8 QUELS SONT LES RISQUES EXCLUS ?

La garantie ne couvre pas les conséquences :

- de la tentative de suicide ;
- d'accident, de blessure, de maladie ou de mutilation volontaire tels que visées à l'article L113-1 du Code des Assurances ;
- des affections ou accidents consécutifs ou aggravés par l'état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux fixé par la réglementation en vigueur au jour du sinistre), par l'alcoolisme aigu ou chronique, par l'usage de drogues ou médicaments non prescrits médicalement ou de stupéfiants ;
- des faits de guerre, d'émeute, d'insurrection, d'attentat et d'acte de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant que l'assuré y prend une part active ;
- de la participation à des rixes sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel ;
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalation provenant de la transmutation de noyaux d'atome.

9 VOS COTISATIONS

Leur montant figure au certificat d'adhésion. Aviva Vie s'engage à ne pas le modifier en raison de votre âge ou de la dégradation de votre état de santé.

Toutefois, si une décision législative ou réglementaire venait modifier ses engagements ou si les résultats techniques et financiers de l'ensemble des contrats Assurance Dépendance Aviva Vie le nécessitaient, Aviva Vie se réserve la possibilité d'augmenter les cotisations de son tarif de base.

Si nous venions à modifier notre tarif de base, nous pourrions être amenés à réviser votre cotisation ou à vous proposer un réaménagement de votre contrat. Dans ce cas, vous en seriez informés au moins trois mois avant l'échéance annuelle de votre contrat. En cas de désaccord, vous auriez la possibilité de résilier votre adhésion dans les 15 jours suivant la notification de cette modification.

Votre adhésion au contrat serait alors résiliée dans tous ses effets à la fin de la période correspondant à votre dernier versement.

Vos cotisations cessent d'être dues aussi longtemps qu'une rente vous est versée au titre du contrat. Si votre état de dépendance ne justifie plus le service de la rente, l'obligation de versement des cotisations reprend pour demeurer assuré.

10 LE REGLEMENT DE VOS COTISATIONS

C'est vous qui choisissez la périodicité de vos règlements : par année, par semestre, par trimestre ou par mois. Cette périodicité est à déterminer lors du paiement de votre première cotisation afin de nous permettre de mettre en place la procédure correspondante.

A défaut d'indication de votre part, vos cotisations seront payables mensuellement. Notez toutefois que, sur simple demande, vous aurez la possibilité de modifier la périodicité choisie.

Seuls les paiements par prélèvement ou par chèque tirés sur un compte bancaire personnel ou joint ouvert auprès d'un établissement français sont autorisés.

Si vous n'avez pas payé votre cotisation dans les 10 jours suivant sa date d'échéance, selon la périodicité choisie par vous, la Loi nous autorise à vous adresser une lettre recommandée valant mise en demeure. Nous vous rappelons les dispositions du Code des Assurances dans ce domaine, à savoir :

- suspension des garanties au terme du délai de 30 jours suivant l'envoi de la mise en demeure ;
- résiliation du contrat 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours. Toutefois, si vous avez cotisé pendant huit ans révolus, votre adhésion ne sera pas résiliée mais vos garanties seront réduites (cf. article 11).

11 LE MAINTIEN DE GARANTIES REDUITES

En cas de cessation du paiement des cotisations dues après vous en être acquitté pendant huit ans révolus, vous demeurez assuré pour une rente réduite, **versée uniquement en cas de reconnaissance par Aviva Vie d'un état de dépendance totale**. Le montant de la rente réduite en cas de dépendance totale est déterminé par application d'un coefficient, selon le barème en vigueur à la date de la mise en réduction, sur le montant de la rente garantie à la date de cessation de paiement des cotisations. Ce coefficient dépend en particulier du nombre d'années de cotisations payées et de votre âge à l'adhésion.

En cas d'augmentation du tarif de base (tel que décrit à l'article 9), Aviva Vie se réserve la possibilité de réviser le montant des rentes réduites tant que l'assuré n'est pas reconnu dépendant, afin de préserver l'égalité des adhérents.

Après la mise en réduction de votre contrat, vous ne bénéficiez plus des garanties d'assistance.

12 QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS DE DEPENDANCE ?

Lorsque votre état de dépendance a été certifiée médicalement, vous devez adresser en recommandé, sous pli cacheté, l'original du questionnaire médical complété par votre médecin traitant accompagné d'une copie d'un justificatif d'identité, au médecin-chef d'Aviva Vie, afin qu'il évalue votre degré de dépendance. Un exemplaire vierge de ce questionnaire vous sera envoyé par Aviva Vie sur simple demande de votre part.

Aviva Vie se réserve le droit, avant toute décision :

- de vous demander toute pièce médicale complémentaire que son médecin-chef pourrait juger nécessaire pour apprécier votre état de dépendance ;
- de vous soumettre à une expertise auprès d'un médecin de son choix, cette expertise étant effectuée à votre domicile, si votre état ne vous permet pas de vous déplacer.

En cas de désaccord entre le médecin-chef d'Aviva Vie et votre médecin, il sera procédé à un arbitrage : Aviva Vie proposera une liste de trois médecins experts dans laquelle vous choisirez vous-même celui qui arbitrera votre dossier. Les honoraires de ce médecin seront supportés par parts égales entre les parties.

Si votre degré de dépendance est insuffisant pour ouvrir droit au versement d'une rente et si votre état se modifie ultérieurement, vous pouvez de nouveau faire valoir vos droits à garantie sous réserve qu'un délai de trois mois minimum se soit écoulé depuis la dernière expertise et de fournir des pièces justificatives actualisées et comportant des éléments nouveaux justifiant de l'aggravation de l'état de santé intervenue depuis la dernière expertise.

13 QUELLES SONT LES MODALITES DE PAIEMENT DE LA RENTE ?

Après reconnaissance par Aviva Vie d'un état de dépendance garanti par votre contrat, vous bénéficierez d'une rente payable mensuellement à terme échu. Cette rente est payable en France métropolitaine ou à Monaco à des personnes dépendantes y résidant.

La rente est versée trois mois après la date de reconnaissance par l'assureur de votre état de dépendance. Le versement de la rente se poursuivra tant que subsistera l'état de dépendance reconnu et que vous serez vivant.

Pendant la durée de versement de la rente, Aviva Vie se réserve, à tout moment, le droit de vous demander toute pièce pouvant attester de la permanence de cet état, voire de vous soumettre à une expertise. Si, à l'issue de ces contrôles, il s'avère que votre état ne répond plus aux critères de la dépendance énoncés à l'article 4, le versement de la rente sera interrompu.

Pendant le service de la rente, vous ou vos proches êtes tenus d'informer Aviva Vie dans un délai de 30 jours de toute évolution de votre état de santé et de tout changement de votre situation, notamment :

- d'un changement d'établissement,
- de votre retour à votre domicile ou à celui d'un proche,
- de la suppression d'une prise en charge accordée par la Sécurité sociale,
- de votre décès.

En cas de refus de se soumettre à un contrôle ou de fournir un justificatif demandé, le paiement de la rente cessera.

La rente est exclusivement payable à l'adhérent et de son vivant.

14 COMMENT SONT REVALORISEES LES RENTES VERSEES ?

A partir de la prise d'effet de son versement, la rente indiquée au certificat d'adhésion est revalorisée au début de chaque année civile en fonction de l'indice

AGIRC, dans la limite du fonds de revalorisation Assurance Dépendance Aviva, qui est alimenté annuellement par une part des résultats techniques et financiers de l'ensemble des contrats.

15 QUELS SONT LES DROITS QUI VOUS PROTEGENT ?

Droit de renonciation :

Vous avez la possibilité de renoncer à votre contrat dans les 90 jours qui suivent la date de conclusion de votre contrat.

Pour exercer ce droit, il suffit d'adresser à Aviva Vie - Activité Directe - 70, avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes Cedex, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant : "Je soussigné, M./Mme XXX, déclare renoncer à mon adhésion au contrat "Assurance Dépendance Aviva" N° _____ et demande à recevoir le remboursement total des sommes versées ". Ce courrier doit être daté et signé.

Vous recevrez ce remboursement dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée. En cas d'exercice de votre droit de renonciation toutes vos garanties cesseront automatiquement à la date d'envoi de votre lettre.

Protection des données à caractère personnel : Loi Informatique et Libertés

Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à Aviva Vie, en tant que responsable de traitement, de procéder à la passation, gestion et exécution des contrats d'assurance.

Elles sont destinées aux entités du groupe Aviva France, à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels, partenaires éventuellement situés en dehors de l'Union Européenne et le cas échéant aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données qui vous concernent en écrivant à Aviva Vie - Activité Directe - Service Relation Clientèle - 70 avenue de l'Europe 92273 Bois Colombes cedex.

Recours en cas de litige :

Les réclamations relatives à l'adhésion, à l'exécution ou au dénouement du contrat sont à adresser à Aviva Vie - Activité Directe - Service Réclamation - Libre Réponse n°70064 - 60648 Chantilly cedex. En cas de désaccord sur la réponse donnée et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont les coordonnées lui seront communiquées par Aviva Vie sur simple demande.

Tout litige relatif à l'application du contrat relève de la seule compétence des tribunaux français.

Organisme de contrôle :

Aviva Vie est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

Loi applicable :

La loi applicable aux relations pré-contractuelles et contractuelles au contrat Assurance Dépendance Aviva est la loi française. Aviva Vie s'engage, avec l'accord

du souscripteur, à utiliser la langue française pendant la durée du contrat.

Fonds de garantie :

Aviva Vie a, conformément à l'article L 423-1 du Code des Assurances, adhéré à un fonds de garantie destiné à préserver les droits de ses assurés et des bénéficiaires de ses contrats.

16 PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des Assurances, toutes actions dérivant de votre contrat sont prescrites par deux ans à compter :

- 1 - de l'événement qui y donne naissance,
- 2 - ou, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- 3 - ou, en cas de sinistre, du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Par ailleurs, l'article L 114-2 du Code des Assurances précise que "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".

CONVENTION D'ASSISTANCE

LE SERVICE ASSISTANCE "Aviva Présence"

L'ensemble des services et prestations décrits dans la présente convention suit le sort du contrat Assurance Dépendance Aviva auquel il se rattache. Ces prestations d'assistance sont réservées aux personnes assurées dont le contrat Assurance Dépendance Aviva en cours de validité n'a pas fait l'objet d'une mise en réduction (cf. article 11 de la Notice d'information).

En cas de résiliation de la convention passée entre Aviva Vie et Aviva Assurances, les services et prestations seraient maintenus. Aviva Vie passerait alors une autre convention avec une autre société pour des prestations équivalentes sans que votre cotisation puisse être modifiée pour autant. Bien entendu, vous en seriez avisé.

La Convention d'assistance est un contrat d'assurance relevant de la branche 18 (assistance) définie à l'article R.321-1 du Code des Assurances. Les prestations de la Convention d'assistance souscrites par Aviva Vie auprès d'Aviva Assurances (ci-après dénommée A.A.) sont mises en œuvre par le service Aviva Assistance.

Article 1 : LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

DÈS L'ADHÉSION AU CONTRAT

A Services d'accompagnement vie quotidienne

1. Le service Informations-Conseils

Un service de renseignements téléphoniques accessible 24 heures/24 et 7 jours/7 est à la disposition de l'assuré ou de ses proches. Selon les cas, A.A devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler l'assuré ou l'un de ses proches afin de lui communiquer les renseignements nécessaires. Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité d'A.A ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

• Informations-conseils « vie pratique » :

Locaux d'habitation, copropriété, locaux professionnels, impôts, fiscalité, justice, défense recours, droit de la famille, transmission des biens, assurances, travail, salaire, retraite, enseignement, formation, protection sociale, assurances sociales, allocations, formalités, services publics, sociétés, commerçants, artisans, droits de la consommation, vacances et loisirs, informations liées aux voyages.

• Informations-conseils « santé » par un médecin :

- Informations générales sur un ou plusieurs médicaments : génériques, effets secondaires, contre-indications, interactions avec d'autres médicaments.
- Informations générales dans les domaines suivants : diététique, hygiène de vie, alimentation, préparation aux voyages.
- Informations spécialisées : alcoologie, Alzheimer, cancer, diabète, épilepsie, hémophile, hépatite, maladie vénérienne, maladie orpheline, maladie de Parkinson, mal-voyant, rhumatisme, hospitalisation et soins à domicile, sclérose en plaques, Sida, soins palliatifs, tabagisme, toxicomanie, transfusion sanguine, tuberculose, victimes d'accident médical.

• Informations-conseils « dépendance » :

Les aides disponibles légales en espèces et en nature, la Prestation Spécifique Dépendance (conditions d'admission, montant de la prestation, procédures d'attribution, mesures d'accompagnement) ; les aides au maintien à domicile des personnes dépendantes et la prise en charge de la dépendance, aides financières

en cas d'hospitalisation, protection sociale ; l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) ; les associations œuvrant dans le domaine de la dépendance ; les organismes compétents (CCAS, CODERPA, Caisse de retraite) ; la législation des tutelles (la capacité juridique, la curatelle, le mandataire spécial), la protection des Handicapés et des Adultes ; droits et prestations (pension, carte d'invalidité...) ; expertise médicale ; prise en charge des Affections de Longues Durée, remboursement des soins ; l'obligation alimentaire ; succession, décès, contrats obsèques ; fiscalité, exonérations, charges à déduire, calcul de l'impôt ; information sur les fournisseurs de matériel technique ; voies de recours après refus de prise en charge par le régime obligatoire.

2. Aide à la recherche d'activité

A la demande de l'assuré, A.A communique, grâce à son service d'informations téléphoniques accessible 24 heures/24 et 7 jours/7, toutes les informations nécessaires concernant les coordonnées des associations du secteur social et des associations locales (associations culturelles, club de formation (langues, informatique), club du 3^{ème} âge,...etc.). Selon les cas, A.A devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler l'assuré afin de lui communiquer les coordonnées de l'association demandée. Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité d'A.A ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'utilisation des informations transmises.

3. Assistance médicale

• Soins à domicile :

En cas d'hospitalisation à domicile ou d'immobilisation au domicile, A.A met à la disposition de l'assuré un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute...) sur présentation d'un certificat du médecin traitant.

Les frais de déplacement et honoraires du personnel soignant ainsi que les soins restent à la charge de l'assuré.

• Renseignements sur des centres spécialisés :

A la demande de l'assuré ou de l'un de ses proches, A.A communique des renseignements sur les hôpitaux, les cliniques spécialisées, les centres de thalassothérapie, les cures thermales, les post cures, les maisons de repos médicalisées, les centres de rééducation. Cette liste n'est pas limitative et A.A mettra tout en œuvre pour venir en aide à l'assuré.

• Consultation d'un médecin spécialisé :

Si l'assuré souhaite obtenir l'avis d'un médecin spécialisé en France, A.A le met en contact avec un médecin de son équipe médicale. Celui-ci pourra l'orienter vers un ou plusieurs spécialistes en lui fournissant ses coordonnées. Le rendez-vous avec le spécialiste est pris directement par l'assuré. A.A contacte le ou les médecins spécialistes choisis pour les informer que l'assuré a été dirigé vers leur(s) service(s) ou cabinet.

• Envoi d'une ambulance :

Dans le cas où l'état de santé de l'assuré le nécessiterait, et sur prescription médicale, A.A organise son transport vers le centre hospitalier le plus proche de son domicile ou tout autre centre hospitalier désigné sur la prescription médicale. Cet établissement doit se situer dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré.

A l'issue de l'hospitalisation, A.A organise le transport de l'assuré s'il n'est pas en état de regagner son domicile dans des conditions normales.

A.A prend en charge le coût de ce transport :

- sous réserve d'une hospitalisation effective dans l'établissement public ou privé considéré.
- dans la limite des frais réels restant à la charge de l'assuré, si les frais

d'ambulance ne lui sont pas intégralement remboursés par les régimes et/ou organismes le garantissant par ailleurs pour des indemnités et/ou des prestations de même nature.

Le service assistance intervient à la demande de l'assuré et en accord avec son médecin traitant.

• Mise à disposition de matériel médical :

En cas d'hospitalisation à domicile ou en cas d'immobilisation prolongée au domicile, A.A recherche et livre le matériel médical nécessaire à la convalescence prescrit par un médecin. **Le coût de la livraison est pris en charge par A.A, les frais de location du matériel médical restent à la charge de l'assuré.**

4. Assistance à domicile

• Service « Réseau prestataires » :

A la demande l'assuré ou de l'un de ses proches, A.A organise les services suivants :

- Accompagnement dans les déplacements sous réserve que l'état de la personne permette ce déplacement. Les moyens seront mis en œuvre, par l'équipe médicale d' A.A, en fonction de son état de santé et du lieu de destination.
- Recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort (aide ménagère, auxiliaire de vie, ambulance, taxi, ...),
- Livraison de courses, service de pressing, coiffeur, portage de repas, pédicure, kinésithérapeute, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Le coût de ces prestations reste à la charge de l'assuré.

B Prévention de la dépendance

Lorsque l'assuré a atteint l'âge de 70 ans et jusqu'à reconnaissance par l'assureur d'un état de dépendance, A.A prend contact avec l'assuré par l'intermédiaire d'une Assistante Sociale une fois par an pour un entretien téléphonique, afin de lui proposer des solutions de prévention adaptées à son état de santé et à ses besoins, et de détecter d'éventuelles situations de dépendance.

C En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 48 heures ou d'immobilisation à domicile de l'assuré

1. Présence d'un proche au chevet :

A.A organise et prend en charge un titre de transport aller - retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe pour un membre de la famille ou un proche afin de se rendre au chevet de l'assuré hospitalisé ou immobilisé. Cette garantie est accordée si aucun membre de la famille de l'assuré ne se trouve dans un rayon de 50 km de son lieu de domicile.

Le service assistance organise :

- Soit son hébergement sur place et prend en charge ses frais d'hôtel **pendant 5 nuits maximum à concurrence de 45 Euros par nuit** (chambre et petit déjeuner uniquement),
- Soit la garde du bénéficiaire par du personnel qualifié à son domicile **pendant 15 heures maximum** dans les 5 jours suivant la sortie de l'hôpital.

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie « Garde malade ».

2. Garde malade :

A la demande l'assuré et sur prescription médicale, dans les 48 heures suivant l'évènement, A.A organise et prend en charge une garde malade pendant

15 heures en continu ou fractionnées à concurrence de 3 heures minimum consécutives.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie « Présence d'un proche au chevet ».

3. Livraison de médicaments :

Si l'assuré est dans l'incapacité médicalement reconnue de se déplacer et en cas d'absence de proches à ses côtés, A.A organise et prend en charge la recherche et l'acheminement des médicaments indispensables à son traitement sur prescription médicale.

Le coût des médicaments reste à la charge de l'assuré. Cette garantie est accordée dans les 15 jours qui suivent la date de l'incident à raison de deux interventions par an.

4. Portage de repas :

Si l'assuré est dans l'incapacité médicalement reconnue de se déplacer et en cas d'absence de proche à ses côtés, à la demande de l'assuré, A.A organise un service de portage de repas selon les disponibilités locales.

Les frais d'organisation et de repas restent à la charge du bénéficiaire.

5. Aide ménagère :

A la demande de l'assuré, A.A recherche et prend en charge les services d'une aide ménagère à domicile. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

A.A prend en charge 20 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de retour au domicile.

L'assuré doit formuler sa demande dans les 10 jours qui suivent la date de retour au domicile. Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après bilan médical.

6. Auxiliaire de vie :

Si l'assuré est dans l'incapacité médicalement reconnue de se déplacer et en cas d'absence de proche à ses côtés, à la demande de l'assuré, A.A recherche une auxiliaire de vie à domicile. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes ainsi que l'assistance à la personne dépendante.

Les frais engagés dans le cadre de cette prestation restent à la charge du bénéficiaire.

7. Transfert et Garde des animaux domestiques :

Si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, A.A organise et prend en charge dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré :

- soit le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile. Les frais de pension sont pris en charge pendant une durée de 8 jours maximum.

- soit le transfert des animaux (maximum 2) au domicile d'un proche.

Cette prise en charge se limite à une intervention par an.

DÈS RECONNAISSANCE DE LA DÉPENDANCE PARTIELLE OU TOTALE

A Dès reconnaissance d'un état de dépendance

1. Accompagnement social, service de bilan :

Dès reconnaissance de l'état de dépendance par l'assureur, A.A fait réaliser une évaluation par téléphone de la situation de l'assuré par une Assistante Sociale

à travers :

- Un bilan sur les capacités physiques et mentales de l'assuré,
- Un bilan administratif : L'assistance sociale informera l'assuré sur les mesures et avantages sociaux dont il est susceptible de bénéficier (aide aux budgets, aide à la famille et au logement, ... etc.) et l'aidera à organiser ses démarches auprès des organismes appropriés quand la situation le requiert en prenant contact, s'il le souhaite, avec lesdits organismes ou services sociaux concernés (aide à la constitution du dossier).

- Un bilan financier tenant compte de la situation personnelle de l'assuré et des aides susceptibles d'être obtenues.

En fonction des bilans effectués, A.A préconisera une solution de vie adaptée à la situation individuelle de l'assuré.

2. Accompagnement psychologique d'un proche :

A la demande d'un proche de l'assuré, l'équipe médicale d'A.A peut mettre celui-ci en relation avec un psychologue clinicien ou s'il le souhaite avec un psychologue proche de son domicile.

Les frais de consultation restent à la charge du proche de l'assuré.

B Aide à l'organisation du maintien de l'assuré au domicile

1. Adaptation de l'habitat :

Après la remise du bilan de capacité physique et mentale, **A.A organise et prend en charge à concurrence de 460 Euros l'intervention d'un spécialiste** afin de déterminer et d'évaluer financièrement les mesures à prendre en vue d'adapter l'habitat aux besoins de l'assuré.

Afin d'établir un devis détaillé des aménagements ou travaux nécessaires, A.A organise et prend en charge le déplacement éventuel de professionnels, en accord avec l'assuré.

Après la remise d'un document détaillant les aménagements proposés et leur coût, A.A fournit à l'assuré un conseil personnalisé afin d'obtenir les aides publiques ou privées susceptibles de financer tout ou partie des travaux.

Le coût des aménagements reste à la charge du bénéficiaire.

2. Mise en relation avec le Pact Arim pour l'amélioration de l'habitat :

A la demande de l'assuré ou de l'un de ses proches, A.A transmet l'adresse et le numéro de téléphone du Mouvement Pact Arim dans le département du domicile de l'assuré. Le Mouvement Pact Arim œuvre en France pour l'amélioration de l'habitat. Il permet à l'assuré d'obtenir une étude, un diagnostic et/ou une définition des besoins.

3. Accompagnement dans les déplacements :

Si l'assuré est dans l'incapacité médicalement reconnue de se déplacer et en cas d'absence de proche à ses côtés, à la demande de l'assuré, A.A organise et prend en charge l'accompagnement de l'assuré dans ses déplacements sous réserve que son état permette ce déplacement. Les moyens seront mis en œuvre, par l'équipe médicale d'A.A, en fonction de l'état de santé de l'assuré et du lieu de destination.

Cette garantie est limitée à quatre interventions par année civile avec un plafond global annuel de 460 Euros.

4. Service de téléassistance médicalisée :

A la demande de l'assuré ou de l'un de ses proches, l'assuré dépendant peut disposer d'un Service de téléassistance médicalisée lui permettant de se maintenir à domicile en toute tranquillité 24heures/24 et 7jours/7. L'assuré porte un petit émetteur d'alarme, mis à sa disposition par A.A. En cas de besoin, l'assuré

alerte l'assistance en déclenchant une alarme réceptionnée directement par le service d'assistance. Les opérateurs et médecins du service d'assistance analysent les situations et mettent en place les moyens correspondants.

A.A prend en charge l'installation et la mise en service de l'appareil. Les frais d'abonnement restent à la charge de l'assuré.

Le contenu et les modalités d'application de ce service font l'objet d'un contrat individuel à souscrire séparément.

5. Soins à domicile :

A la demande de l'assuré, A.A met à sa disposition un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute, aide ménagère, auxiliaire de vie...).

Les frais de déplacement et honoraires du personnel soignant ainsi que les soins restent à la charge de l'assuré.

A.A ne peut être tenue pour responsable des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou faute du personnel médical contacté.

C Aide à l'organisation de l'hébergement de l'assuré dans un établissement spécialisé

1. Recherche d'établissements spécialisés :

A la demande de l'assuré ou de l'un de ses proches, A.A communique des renseignements notamment sur les hôpitaux, les cliniques spécialisées, les maisons de repos médicalisées, les centres de rééducation susceptibles de recevoir l'assuré en état de dépendance.

2. Déménagement du mobilier :

A la demande de l'assuré, si ce dernier est dans l'obligation médicalement reconnue de déménager ou s'il entre dans un établissement spécialisé et que son mobilier doit être déménagé, A.A :

- recherche une société de déménagement proche du domicile,
- indique les coordonnées et les tarifs à l'assuré,
- organise le déménagement.

Les frais engagés dans le cadre de cette prestation restent à la charge du bénéficiaire.

3. Envoi d'une ambulance ou d'un taxi :

Dans le cas où l'état de santé de l'assuré le nécessiterait, et sur prescription médicale, A.A organise son transport vers le centre médicalisé le plus proche de son domicile ou tout autre centre médicalisé désigné sur la prescription médicale. Cet établissement doit se situer dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré.

A.A prend en charge le coût de ce transport, dans la limite des frais réels restant à la charge de l'assuré, si les frais d'ambulance ou de taxi ne lui sont pas intégralement remboursés par les régimes et /ou organismes le garantissant par ailleurs pour des indemnités et / ou des prestations de même nature.

Le service assistance intervient à la demande de l'assuré et en accord avec son médecin traitant.

Article 2 : LES CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Nécessité de l'appel préalable :

Les prestations d'assistance listées ci-avant, ne peuvent être mises en œuvre par l'assuré ou l'un de ses proches sans que A.A en ait au préalable été informé par téléphone, par fax ou par courrier, et ait communiqué à l'intéressé un numéro de dossier. L'organisation par l'assuré ou par son entourage de tout ou partie des

prestations d'assistance sans l'accord préalable d'A.A, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

Définitions :

- **Domicile** : lieu de résidence principal et habituel de l'assuré figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu.
- **Proche** : toute personne physique, membre de la famille ou ami de l'assuré.
- **Hospitalisation à domicile** : soins à domicile délivrés sous contrôle de la médecine hospitalière.
- **Immobilisation à domicile** : obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave, sur prescription médicale et d'une durée supérieure à 5 jours.
- **Equipe médicale** : structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur d'A.A.
- **Animaux domestiques** : animaux familiers (chiens et chats uniquement et deux maximum) vivant habituellement au domicile de l'assuré et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur. Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.
- **Organiser** : Accomplir les démarches nécessaires pour que l'assuré ait accès à la prestation d'assistance mentionnée.
- **Prendre en charge** : Financer la prestation d'assistance mentionnée.

Validité territoriale :

Les prestations d'assistance sont mises en œuvre en France métropolitaine ainsi qu'à Monaco.

Exclusions :

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention de l'assisteur, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- toutes interventions et / ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier,
- les maladies chroniques,
- les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
- les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.

Sont également exclus toutes conséquences :

- résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- de dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire ;
- de la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye ;
- d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat ;
- de la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- d'effets nucléaires radioactifs ;