

Accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Adhérent : personne physique, bénéficiant de sa propre immatriculation auprès d'un régime obligatoire d'assurance maladie, qui adhère au présent contrat.

Assuré : toute personne physique bénéficiant des garanties de ce contrat et désignée au certificat d'adhésion.

Enfants à charge : enfants âgés jusqu'à 18 ans, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont l'assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels, l'assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.

Personne à charge : lorsque l'adhésion fait référence à la notion de personne à charge, sont considérées comme telles, les personnes vivant sous le toit de l'adhérent, titulaires de la carte d'invalidité, prévue à l'article 173 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale, et ce, conformément à l'article 196 A bis du Code Général des impôts.

Frais de soins : on entend par frais de soins ceux reconnus comme tels par la Sécurité sociale.

Base de remboursement de la Sécurité sociale : tarif retenu par la Sécurité sociale pour le calcul des prestations (tarif de convention, de responsabilité).

Régime Obligatoire d'assurance maladie : Régime d'assurance maladie auprès duquel l'assuré est obligatoirement affilié.

Ticket modérateur : c'est la part des frais de soins restant à votre charge après intervention de votre Régime Obligatoire, calculée sur la base de remboursement de la Sécurité sociale et dans le cadre du parcours de soins.

Tarif d'Autorité : tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

AVIVA PARTENAIRE SANTÉ

Conditions générales (valant notice d'information)

Aviva Partenaire Santé est un contrat collectif à adhésion facultative régi par le Code des Assurances. Il est souscrit auprès d'Aviva Assurances par l'ADER : Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite, 26 rue Cambacères, 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 de tout régime de retraite ou 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 Aviva Partenaire Santé, identifié sous le numéro 75 352 269, a été souscrit le 1^{er} janvier 2010. Ce contrat se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation par 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, les adhésions en cours au jour de la résiliation seront maintenues dans les conditions en vigueur à cette date.

En cas de dissolution de l'association, les contrats se poursuivent de plein droit entre l'assureur et les personnes antérieurement adhérentes au contrat de groupe.

Les droits et 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 3 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.

Aviva Partenaire Santé est un contrat "responsable".

Avec Aviva Partenaire Santé, vous pouvez bénéficier des avantages fiscaux de la "Loi Madelin".

1 – CE QUE VOUS APPORTE VOTRE CONTRAT

Aviva Partenaire Santé vous garantit le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité, dans les conditions déterminées au certificat d'adhésion, en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire.

L'adhésion au contrat est réservée à toute personne âgée de 18 à 80 ans, assujettie à un régime obligatoire d'assurance maladie et résidant en France métropolitaine.

La garantie est accordée à l'adhérent et le cas échéant, à son conjoint, à leurs enfants à charge et ascendants à charge s'ils sont âgés de moins de 80 ans à l'adhésion.

La garantie couvre donc l'ensemble des membres de la famille ayant le même Régime Obligatoire, le niveau de garantie étant identique pour toutes les personnes assurées sous un même contrat.

Aviva Partenaire Santé vous permet de bénéficier :

- D'un service de Tiers-payant auprès de pharmacies, laboratoires, cabinets radiologiques et centres de santé pour les soins externes signataires d'une convention,
- D'un service de prise en charge des lunettes et lentilles auprès d'opticiens signataires d'une convention ainsi que d'une prise en charge hospitalière,
- D'un accord de télétransmission de vos décomptes, selon votre Caisse de Régime Obligatoire, permettant un traitement plus rapide de vos prestations,
- D'un service d'assistance aux personnes.

2 – A PARTIR DE QUAND ÊTES-VOUS COUVERT ET POUR QUELLE DURÉE ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur votre certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation. Cette date constitue la date de conclusion de votre adhésion au contrat.

L'adhésion est établie pour une durée d'un an suivant la date d'effet figurant au certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque échéance principale du contrat.

La durée de votre adhésion est viagère, sauf en cas de non paiement de la cotisation, d'inexactitude dans la déclaration du risque ou de falsification des pièces dans le but d'obtenir des prestations indues.

L'adhésion peut être résiliée :

1) par vous, en tant qu'adhérent, au moyen d'une lettre recommandée adressée à Aviva Assurances dans les cas ci-après :

- A chaque renouvellement annuel, au moins deux mois avant l'échéance principale,
- En cas de survenance de l'un des événements suivants et sur présentation d'un justificatif : changement de domicile, changement de situation matrimoniale, lorsque ce changement a un effet sur les risques garantis par la présente adhésion. La notification à Aviva Assurances doit s'effectuer dans les 3 mois suivant la date de changement,
- En cas de non acceptation d'une révision des cotisations ou d'un réaménagement du contrat tels que prévus à l'article 5-1, dans le mois qui suit la date à laquelle vous avez eu connaissance de la modification.

2) par Aviva Assurances, au moyen d'une lettre recommandée adressée à votre dernier lieu de résidence connu d'Aviva Assurances, dans les cas ci-après :

- En cas de défaut de paiement des cotisations,
- En cas d'inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat,
- En cas de déclarations sciemment fausses ou de falsifications de pièces faites dans le but d'obtenir des prestations indues.

3 – LES PRESTATIONS

En application de la loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application, le présent contrat est qualifié de "responsable". Il répond donc au cahier des charges du contrat

responsable fixé par le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 quant aux garanties et au montant des remboursements.

Dans ce cadre :

- Les conséquences financières liées au non respect du parcours de soins coordonnés prévues aux articles L162-5-3 et L162-5,18° du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas prises en charge par le présent contrat et restent donc à la charge des assurés.
- Les garanties du présent contrat ne couvrent pas également la participation mentionnée au paragraphe II de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale, restant par conséquent, à la charge des assurés.
- Les garanties ne couvrent pas non plus les franchises médicales instaurées par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008. Ces franchises médicales restent à la charge des assurés, exceptés pour les enfants, les femmes enceintes.
- Deux actes de prévention, parmi une liste de prestations définies par arrêté ministériel sont pris en charge. Cette liste peut être consultée sur le site www.avivadirect.fr.

3-1 Montant des prestations

Les niveaux de garanties détaillées à l'annexe 1 des présentes Conditions générales s'entendent donc toujours dans le cadre du "parcours de soins" défini par la loi du 13 août 2004.

Sur cette base, les prestations versées par Aviva Assurances dépendent de l'option fixée au certificat d'adhésion.

Seuls les actes pris en charge par la Sécurité sociale donneront lieu à remboursement au titre de la présente adhésion, sauf dérogation indiquée dans le tableau des garanties figurant en annexe 1.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, sous déduction des remboursements de votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

Le cumul des remboursements de votre Régime Obligatoire et de votre contrat est toujours limité aux frais réellement engagés.

Des forfaits peuvent être versés, en plus des remboursements de frais de soins, selon l'option choisie : il s'agit des forfaits "maternité et adoption", "cure thermique", "appareils auditifs" et "prothèses dentaires". Ces forfaits ne peuvent être versés qu'une fois par an et par assuré.

Les remboursements optiques sont effectués sous forme d'un forfait optique. Le montant du forfait optique est un maximum par année d'assurance et par personne assurée. Il peut être utilisé dans le cadre d'une chirurgie réfractive.

3-2 Le cas des assureurs multiples

Les remboursements ou les indemnisations des 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.

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 d'adhésion. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

3-3 Limite territoriale

La garantie s'exerce en France métropolitaine. Les frais médicaux résultant d'un accident ou d'une maladie à l'étranger sont pris en charge si le régime de la

Sécurité sociale intervient. Le versement des prestations est effectué en euros.

3-4 Formalités de règlement des prestations

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces et justificatifs originaux suivants :

- le décompte original des prestations en nature, établi par l'organisme gestionnaire du régime de Sécurité sociale,
- et, le cas échéant, toute pièce justificative des dépenses réelles : factures détaillées (établie sur papier à en-tête du praticien ou de l'établissement, revêtue de sa signature et portant mention des nom, prénom de l'assuré et du bénéficiaire), notes d'honoraires...

Lorsque vous êtes affilié à un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie avec lequel nous avons passé un accord, il nous transmet directement les données figurant sur vos décomptes lorsque vous avez demandé ce service. Nous vous remboursons la part complémentaire selon la formule souscrite, sans que vous ayez à nous adresser vos décomptes "papier".

Des conventions sont signées avec :

- les Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Régime Général de la Sécurité Sociale (CPAM),
- la Réunion des Assureurs Maladie pour les travailleurs non-salariés non agricoles (RAM),
- le Groupement des Assureurs Maladie des Exploitants Agricoles (GAMEX) pour le régime AMEXA,
- certaines caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) pour le régime AMEXA,
- la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (CRPCEN),
- certaines caisses étudiantes.

Il vous est possible de vous opposer à tout moment à la mise en place de cette dématérialisation des données en nous adressant un courrier nous demandant de supprimer ce dispositif sur votre contrat.

Avant une hospitalisation, médicale ou chirurgicale, une demande de prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier et de la chambre particulière dans la limite prévue à l'option choisie peut être adressée au Service Santé d'Aviva.

Le remboursement des frais est effectué dans le délai maximum de 48 heures - jours ouvrés, délais postaux et délais de virements interbancaires non compris - après réception des documents et pièces justificatives nécessaires au règlement (sauf cas exceptionnels ou demande de modification).

3-5 Délai de déclaration des sinistres

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai maximum de 24 mois à partir de la date d'envoi du décompte de la Sécurité sociale, date à laquelle l'assuré peut prétendre aux prestations d'Aviva Assurances.

Ce délai est également applicable pour le versement des forfaits.

3-6 Changement d'option

En cas de réalisation d'un "événement familial" (mariage, naissance, décès, chômage...) et sur présentation d'un justificatif, vous pouvez changer de niveau d'option en cours d'année d'assurance pour des garanties qui peuvent être supérieures ou inférieures à celles en vigueur. La modification est effective à compter du 1^{er} du mois qui suit la réception de la demande. En dehors de ces événements, le changement d'option est possible uniquement pour une option supérieure et s'effectue à la date de renouvellement (échéance principale de votre contrat).

4 – LES RISQUES EXCLUS

Ne sont pas prises en charge les dépenses de santé résultant (à moins qu'elles ne soient prises en charge par le Régime de Sécurité sociale) :

- 1 - **d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident, tels que les cures de rajeunissement, amaigrissement, traitements esthétiques, transformations sexuelles, traitements par psychanalyse ;**
- 2 - **de séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie ;**
- 3 - **du forfait hospitalier acquitté à l'occasion d'un séjour en établissement ou service pour maladie nerveuse, mentale ou psychiatrique ;**
- 4 - **directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères.**

5 – LES COTISATIONS

5-1 Cotisations dues

La cotisation est fixée au certificat d'adhésion. Elle est fonction de l'option choisie, du sexe et de l'âge des assurés à la prise d'effet de l'adhésion ainsi que du lieu du domicile, le domicile étant considéré comme la résidence principale de l'adhérent.

Variation de la cotisation

La cotisation évolue à chaque échéance principale du contrat en fonction de l'âge des assurés et de la moyenne arithmétique des taux d'accroissement annuels de la consommation médicale totale publiés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé. Cette moyenne est calculée sur la base de l'accroissement des deux dernières années recensées dans ce rapport.

Si de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles viennent modifier les prestations en nature du régime de Sécurité sociale, Aviva Assurances a la faculté de proposer à tout moment de l'année un nouveau montant de cotisation pour tenir compte des modifications intervenues et/ou une modification des prestations qui pourront demeurer pour tout ou partie calculées selon la réglementation en vigueur au jour de la prise d'effet de l'adhésion ou de ses avenants.

La cotisation peut également varier en cas de changement de domicile de l'adhérent, à compter de la date d'effet de la modification, lorsqu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

Révision du tarif

L'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs options peut nous amener à réviser notre tarif de base ou à proposer un réaménagement du contrat. Dans ces deux cas, vous seriez informé sous un délai de trois mois avant l'échéance principale.

5-2 Paiement des cotisations

La cotisation est mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle et payable d'avance par l'adhérent sous la forme de versements effectués au plus tard 10 jours après le début du mois suivant l'échéance.

A défaut de paiement des cotisations dans les 10 jours suivant l'échéance et après mise en demeure opérée par lettre recommandée non suivie d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi, la garantie est suspendue.

Faute de paiement dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette même lettre, l'adhésion est résiliée d'office, sans pour autant libérer l'adhérent de l'intégralité des cotisations dues.

6 – SUSPENSION – DÉCHÉANCE - SUBROGATION

6-1 Suspension de la garantie

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie dans les conditions prévues à l'article 6-2. En conséquence, les frais de soins, dont la date se situe durant cette période de suspension, ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre de cette adhésion.

6-2 Déchéance

Aviva Assurances peut, à tout moment, faire procéder à la vérification sur place de l'exactitude des documents produits par l'adhérent, tant à l'appui de son adhésion et du versement des cotisations qu'à l'occasion de l'ouverture d'un droit à prestations. En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; Aviva assurances peut ensuite prononcer :

- l'annulation des droits aux prestations, lorsque la fraude concerne le service des prestations ; Aviva Assurances se réserve le droit de poursuivre l'adhérent pour la récupération des sommes indûment payées.
- l'annulation de l'adhésion, lorsque la fraude porte sur l'appréciation du risque. Dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à Aviva Assurances qui a droit, également, au paiement des cotisations échues, sans préjudice des poursuites à engager contre l'adhérent pour le recouvrement des prestations indûment payées.

6-3 Subrogation

Aviva Assurances est subrogée de plein droit aux assurés victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

7 - QUELS SONT LES DROITS QUI VOUS PROTÈGENT ?

7-1 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. Ce droit peut être exercé si aucune prestation n'a été versée au titre de cette adhésion ; il suffit d'adresser à Aviva – Service Santé – SAAG – 13 rue du Moulin Bailly - 92271 Bois-Colombes Cedex, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée comme suit : “Je soussigné, demande à renoncer à mon contrat Aviva Partenaire Santé N° _____ et à recevoir le remboursement total des sommes versées”.

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.

7-2 Droit de communication et de rectification

Vous avez fourni des informations nominatives pour permettre la gestion et l'exécution de votre contrat. L'absence de fourniture de certaines d'entre elles pourrait empêcher la bonne réalisation du traitement considéré.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage d'Aviva, de ses mandataires, de ses

réassureurs ou des organismes professionnels. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à Aviva Vie – Activité Directe – 70, avenue de l'Europe 92273 Bois-Colombes cedex.

Vous pouvez être amené à recevoir d'autres offres de la part des sociétés du Groupe Aviva, et par leur intermédiaire à recevoir des propositions d'autres sociétés ou associations. Si vous ne le souhaitez pas, il vous suffit d'écrire à l'adresse ci-dessus en indiquant vos nom, prénom, adresse et si c'est possible votre référence client.

7-3 Recours en cas de litige

En cas de réclamation, l'adhérent peut l'adresser à : Aviva Assurances – Service Relations Clients – 13 rue du Moulin Bailly 92271 Bois-colombes cedex.

En cas de réponse non satisfaisante d'Aviva Assurances à une réclamation de l'une des parties prenantes au contrat, celle-ci a la faculté de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Ses coordonnées sont communiquées par Aviva Assurances sur simple demande.

7-4 Organisme de contrôle

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

7-5 Prescription

Toute action dérivant de votre présente adhésion est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément aux termes des articles L114-1 et L114-2 du Code des Assurances. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption et notamment par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'adhérent à Aviva Assurances en ce qui concerne le règlement des prestations.

7-6 Loi applicable

La loi applicable aux relations pré-contractuelles et contractuelles est la loi française.

7-7 Langue utilisée

Aviva Assurances s'engage, avec l'accord de l'adhérent, à utiliser la langue française pendant la durée du contrat.

7-8 Fonds de garantie

Aviva Assurances 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.

ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-après, en fonction de l'option que vous avez choisie et qui est indiquée sur votre certificat d'adhésion.

POSTES	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
HOSPITALISATION (1) <ul style="list-style-type: none"> • Forfait hospitalier (2) • Frais de séjour, honoraires chirurgiens, anesthésistes... • Hospitalisation de jour ou à domicile (y compris chirurgie cataracte) • Chambre particulière (3) • Lit accompagnant (4) 	Frais réels 100 % 100 % 40 € /jour Limité à 15€ /j pendant 10 j/an	Frais réels 125 % 125 % 50 € /jour Limité à 20€ /j pendant 10 j/an	Frais réels 150 % 150 % 60 € /jour Limité à 25€ /j pendant 10 j/an
PHARMACIE <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments et homéopathie remboursés par le RO 	100 %	100 %	100 %
SOINS MÉDICAUX COURANTS <ul style="list-style-type: none"> • Consultations, visites, actes techniques de spécialiste • Radiologie • Analyse laboratoire • Actes d'auxiliaires médicaux • Transport du malade 	100 % 100 % 100 % 100 % 100 %	125 % 125 % 125 % 125 % 125 %	150 % 150 % 150 % 150 % 150 %
DENTAIRE <ul style="list-style-type: none"> • Soins • Prothèses dentaires ou orthodontie acceptées par le RO • Prothèses dentaires non remboursées par le RO (y compris parodontologie, implantologie) : forfait /an/assuré • Plafond /an/assuré pour prothèses et orthodontie 1^{ère} et 2^e année : • Plafond /an/assuré pour prothèses et orthodontie au-delà de la 2^e année : 	100 % 120 % 100 € 500 € -	125 % 200 % 200 € 800 € -	150 % 260 % 300 € 1 000 € -
OPTIQUE <ul style="list-style-type: none"> • Soins • Verres, monture pris en charge par le RO, lentilles remboursées ou non par le RO, chirurgie réfractive : forfait /an/assuré 	100 % 70 €	125 % 160 €	150 % 220 €
APPAREIL AUDITIF, ORTHOPEDIE, AUTRES PROTHESES <ul style="list-style-type: none"> • Appareil auditif, orthopédie, autres prothèses • Forfait appareil auditif (/an/assuré) • Prothèse capillaire remboursée par le RO 	100 % - -	125 % 175 € 50 €	150 % 350 € 75 €
CURE THERMALE <ul style="list-style-type: none"> • Dépenses remboursées par le RO • Forfait /an/assuré 	100 % -	125 % 125 €	150 % 150 €
AUTRES PRESTATIONS <ul style="list-style-type: none"> • Forfait maternité et adoption • Garanties Bien-être : vaccins (non pris en charge par le RO), homéopathie, chiropracteur, ostéopathe, étiope, diététicien, acupuncture, pédicure/podologue. • 2 actes de prévention (5) • Sevrage tabagique : forfait de 50 €/an • Assistance 	- 15 € par consultation ou prescription (jusqu'à 50 €/an) Oui Oui Oui	125 € 20 € par consultation ou prescription (jusqu'à 100 €/an) Oui Oui Oui	150 € 25 € par consultation ou prescription (jusqu'à 150 €/an) Oui Oui Oui

Pour les prestations ne figurant pas dans le tableau, Aviva intervient à 100% sur l'option 1, 125% pour l'option 2 et 150% pour l'option 3.

(1) En secteur non conventionné, les honoraires sont calculés sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. Prise en charge des frais de santé dans le cadre d'une maternité.

(2) Durée du forfait Hospitalier illimitée

(3) La chambre particulière est prise en charge dans la limite des frais réel et du montant forfaitaire prévu, que l'établissement soit conventionné ou pas. Durée illimitée.

(4) Lit accompagnant : la garantie est accordée à toute personne qui accompagne l'assuré

pendant son hospitalisation (conjoint, concubin, enfant, petit-enfant...)

(5) Actes de prévention : l'assuré choisit deux actes de prévention parmi la liste de prestations définies par arrêté ministériel.

Aviva Partenaire Santé est un contrat responsable (cf. article 3). Les taux indiqués, dans le tableau des garanties ci-dessus, s'entendent donc toujours dans le cadre du "parcours de soins". Ils sont exprimés en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale et incluent les prestations versées par le régime de Sécurité sociale.

ANNEXE 2 : PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance listées ci-après sont mises en œuvre par le service Aviva Assistance, service d'assistance conçu, géré et assuré par Aviva Assurances.

Dans le cadre de "l'Assistance au Quotidien", "vous" signifie le Souscripteur assuré au contrat. Les autres personnes disposant de ce service sont expressément désignées sur votre certificat d'adhésion.

L'Assistance au Quotidien suit le sort de la garantie "Complémentaire Frais de Soins". Toutefois, en cas de résiliation de la convention passée entre notre Société et la Société d'Assistance, le service et les prestations en cours cesseront dès l'échéance suivante de votre contrat.

Les prestations d'assistance ne peuvent être déclenchées qu'avec notre accord préalable. Aucune dépense effectuée d'autorité ne sera remboursée.

Les bénéficiaires devront se conformer aux solutions que nous aurons préconisées.

La durée de toute prestation d'assistance sera déterminée par le Médecin Conseil d'AVIVA Assistance.

Les services d'assistance seront mis en œuvre sur présentation d'un justificatif :

- pour les demandes relatives à une hospitalisation imprévue, au vu d'un certificat d'hospitalisation,
- pour les services accordés en cas d'immobilisation imprévue, au vu d'un certificat médical d'immobilisation ou d'un certificat médical d'arrêt de travail.

Les bénéficiaires nous fourniront par ailleurs tous les justificatifs originaux des dépenses dont ils demandent le remboursement.

A - MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Pour bénéficier d'un service d'assistance, contactez Aviva Assistance aux coordonnées suivantes :

- Par téléphone au : 01 42 80 48 48 de France (33 1 42 80 48 48 de l'étranger)
- Par fax : 01 48 97 12 13
- Par courrier : Aviva Assurances – Centre de gestion Aviva Assistance, 109 boulevard Stalingrad, 69 100 Villeurbanne
- Par e-mail : aviva-assistance@aviva.fr

Dans tous les cas, indiquez le numéro de votre contrat.

B – DÉFINITIONS ET DOMAINE D'APPLICATION DE LA GARANTIE

Personnes bénéficiant de la garantie :

- vous-même, souscripteur du contrat "Complémentaire Frais de soins",
- votre conjoint ou concubin,
- vos enfants fiscalement à charge,
- vos ascendants directs dépendants, résidant en **France métropolitaine** et vivant habituellement sous le même toit.

Domicile : Le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires situé en France métropolitaine.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire, résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Hospitalisation imprévue : Toute hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures en hôpital ou en clinique, consécutive à une maladie ou à un accident, et dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire 5 jours avant son déclenchement.

Couverture géographique : Les prestations s'appliquent en France métropolitaine.

Validité de la garantie : La garantie "assistance" est acquise pendant la durée de validité du contrat. Elle arrive à échéance, est renouvelée ou résiliée, à la même date et dans les mêmes conditions que ce contrat.

C – EXÉCUTIONS DES PRESTATIONS

Nous ne pouvons pas intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence et ne prenons donc pas en charge les frais correspondants.

Les frais éventuels de liaison en taxi sont compris dans les plafonds définis pour chaque prestation.

D – PRESTATIONS D'ASSISTANCE

1 – Hospitalisation imprévue, immobilisation au domicile ou décès

Les prestations suivantes sont fournies dans les cas suivants :

- immobilisation au domicile supérieure à 5 jours,
 - décès,
 - hospitalisation de plus de 2 jours consécutifs (portée à plus de 4 jours pour la prestation "Aide à domicile"),
- du souscripteur ou de son conjoint / concubin.**

• Garde d'enfants à domicile

Nous mettons à votre disposition et prenons en charge une assistante maternelle compétente à domicile pour une période de deux jours maximum, entre 8h et 19h.

Pendant cette période, nous nous chargeons, le cas échéant, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, deux fois par jour.

Nous organisons également et prenons en charge :

- soit le voyage des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine,
- soit le transport aller et retour du proche jusqu'à votre domicile, pour garder les enfants (transport en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé).

Les prestations de prise en charge d'une assistante maternelle et de prise en charge des enfants par un proche ne se cumulent pas entre elles.

• Présence au chevet

Si personne ne peut rester à votre chevet, nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour en train 1^{ère} classe d'une personne de votre choix résidant en France métropolitaine, afin qu'elle se rende sur votre lieu d'hospitalisation ou à votre domicile.

De même, en cas de décès, si personne ne se trouve sur place pour effectuer les démarches consécutives au décès, nous organisons et prenons en charge le voyage aller et retour en train 1^{ère} classe d'un proche désigné par la famille et résidant en France métropolitaine, pour se rendre sur le lieu du décès.

• **Garde ou transfert des personnes dépendantes**

Nous organisons et prenons en charge :

- soit la garde de ces personnes dépendantes pendant deux jours, entre 8 h et 19 h,
- soit le coût du transport de ces personnes chez un proche, résidant en France métropolitaine,
- soit le transport aller et retour d'un proche jusqu'à votre domicile, pour garder ces personnes (transport en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé).

• **Garde des animaux familiers (chiens et chats)**

Nous organisons leur gardiennage à domicile ou dans un centre agréé dans un rayon de **50 km** du domicile, jusqu'à un maximum de **30 jours**.

Dès votre appel, nous mettons tout en œuvre pour répondre au plus vite à votre demande. Toutefois, nous nous réservons un délai de **5 heures** maximum à partir de l'heure d'ouverture des réseaux de garde.

• **Aide à domicile**

Nous mettons à votre disposition une aide à domicile jusqu'à concurrence d'un maximum de **30 heures**.

La répartition des heures s'effectuera avec un minimum de **2 heures** consécutives par jour du lundi au samedi de 8 h à 19 h, dans les 30 jours calendaires suivant l'évènement.

Cette prestation s'applique également :

- pour une maternité entraînant une hospitalisation de plus de 8 jours,
- en cas de décès,

dans les 30 jours qui suivent l'évènement.

• **Services à domicile**

A votre demande, nous pouvons apporter conseil et aide dans l'organisation de l'habitat, notamment :

- recherche et mise à disposition du matériel médical prescrit,
- adaptation de l'habitat au handicap et à la dépendance,
- services à domicile : coiffure, portage de repas, etc,
- matériel informatique.

Les coûts occasionnés restent à votre charge (achat ou location de matériel, livraison,...).

2 – Assistance médicale au quotidien

• **Informations médicales**

Sur simple appel téléphonique, l'un de nos médecins :

- répond à toute question d'ordre médical ou diététique,
- indique, en accord avec le médecin traitant, les types de cures correspondant à votre état de santé et recherche les centres spécialisés en France,
- recherche et indique les établissements médicaux spécialisés pouvant vous

recevoir si vous souffrez d'un handicap, **sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué vous recevra.**

• **Recherche de personnel médical**

Nous recherchons à votre demande un médecin de garde ou un service d'urgence médicale, une infirmière ou un intervenant paramédical.

Nous pouvons également missionner une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour vous conduire jusqu'à un centre de soins ou d'examen.

Les coûts restent à votre charge.

Nous recherchons également une personne pour :

- effectuer une démarche administrative,
- faire des courses à votre place,
- vous accompagner lors d'une visite médicale.

Ces interventions sont facturées au coup par coup.

• **Livraison de médicaments**

Si vous ne pouvez temporairement vous déplacer à la suite d'une maladie non chronique ou d'un accident, nous vous envoyons l'un de nos correspondants pour chercher les médicaments prescrits par votre médecin lors d'une visite.

Le coût des médicaments reste à votre charge.

3 – Enfant immobilisé suite à une maladie ou une blessure

• **Garde d'enfants malades à domicile**

La Garde d'Enfants Malades à Domicile est un service vous permettant de continuer à assurer votre activité professionnelle si l'un de vos enfants est malade ou blessé, et a besoin d'une personne à domicile à son chevet.

Nous recherchons et envoyons une personne compétente afin d'assurer cette garde jusqu'à concurrence d'un maximum de **30 heures**.

La répartition des heures de garde s'effectuera avec un minimum de **4 heures** consécutives par jour du lundi au samedi de 8h à 19h.

Cette prestation ne s'applique qu'au-delà des jours accordés par la Convention Collective en cas d'absences liées aux charges de famille.

Conditions médicales et administratives

Vous devez nous adresser à chaque demande un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant.

De plus, vous autoriserez la personne qui garde l'enfant à nous joindre par téléphone autant de fois que nécessaire.

Délai de mise en place

Nous nous réservons un délai maximum de 5 heures à partir de l'heure d'ouverture des réseaux d'assistantes maternelles agréées, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

Pour ce service, sont exclues les maladies :

- **préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,**
- **nécessitant des soins médicaux relevant d'un service d'infirmière ou d'infirmier à domicile,**

- relevant de l'hospitalisation à domicile.

A votre demande, nous mettons à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée, un billet de train aller et retour 1^{ère} classe ou d'avion classe économique (lorsque seul ce moyen peut être utilisé) pour lui permettre de se rendre au chevet de l'enfant, au départ de France métropolitaine.

Cette prestation ne se cumule pas avec la mise à disposition d'une assistante maternelle.

• Ecole à domicile

La prestation est fournie en cas de maladie soudaine et non-chronique ou d'accident d'un enfant bénéficiaire ne lui permettant pas de suivre sa scolarité.

A partir du 16^{ème} jour d'absence scolaire, nous recherchons et envoyons au domicile de l'enfant un répétiteur scolaire afin de lui permettre de poursuivre sa scolarité dans les matières principales.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.

Nous prenons en charge les coûts occasionnés dans la limite de 10 heures par semaine.

Ces cours sont fractionnables en maximum 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine.

Chaque cours sera de 2 heures minimum par jour, par matière ou par répétiteur.

La prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire, **hors vacances scolaires et jours fériés**. Elle cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours.

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

Pour demander cette prestation, vous devez adresser à notre équipe médicale un certificat du médecin indiquant la nature de la maladie ou de l'accident. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut se rendre dans son établissement scolaire, et la durée de son immobilisation.

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

La prestation ne s'applique pas :

- aux maladies ou accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat,
- lorsque l'enfant est atteint d'une maladie préexistante diagnostiquée et/ou traitée, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.

4 – Informations

• Info Santé

C'est un service d'informations générales animé par notre équipe médicale, destiné à répondre à toute question de nature médicale notamment dans les domaines suivants :

- la santé,
- les vaccinations,

- la mise en forme,
- la diététique,
- la puériculture.

Les médecins peuvent répondre à toutes questions concernant les bénéficiaires. Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

Ce service est conçu pour écouter, informer et orienter, 24h/24, **mais il ne peut remplacer le médecin traitant.**

Toutefois, le premier réflexe en cas d'urgence médicale doit être d'appeler votre médecin traitant, les pompiers (18) ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à prescription.

• Problèmes de l'enfance

Si un enfant est perturbé dans sa scolarité (blocage scolaire, incompatibilité avec un professeur...) ou manifeste un rejet de son environnement social (drogue, fugue, dépression...), les médecins de notre équipe médicale répondent à toutes questions et procurent un conseil pédagogique et psychologique adapté.

• Appels de convivialité

Nous sommes présents 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour apporter une écoute attentive, une aide et un réconfort.

D – DISPOSITIONS GÉNÉRALES CONCERNANT L'ASSISTANCE AU QUOTIDIEN

1 – Exclusions

Outre les exclusions précisées dans les Conditions Générales qui régissent le contrat, sont exclus :

- les tentatives de suicide,
- les états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement ou d'alcool,
- les accidents liés à la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une Fédération Sportive et pour laquelle une licence est délivrée.

2 – Circonstances exceptionnelles

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations dus à des cas de force majeure, à des interdictions décidées par les autorités locales ou à des grèves.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité de la garantie.

Nous n'intervenons pas si vous avez commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur en France.

Les autres dispositions des Conditions Générales restent applicables.