

Sous réserve d'acceptation par l'association Maison des Adhérents d'Apivia et d'Apivia Macif Mutuelle et le cas échéant de la résiliation du précédent contrat, l'adhésion ne pouvant prendre effet avant la réception du contrat complet signé à Apivia Courtage.

CENTRE DE GESTION

Apivia Courtage
108 rue Ronsard - CS 87323
37073 TOURS CEDEX 2
Tél. 02 47 70 40 70
Fax 02 47 70 40 75
sante.contact@apivia-courtage.fr
RCS Tours 490 625 662
ORIAS n° 09 051 617 (www.orias.fr)

Cadre réservé au centre de gestion

N° ADHÉRENT

Date d'effet demandée de la garantie Santé

Au

Sous réserve des dispositions « date d'effet de l'adhésion » stipulées au point 6 du présent document.

L'échéance correspond au mois d'effet du contrat

Durée du contrat : Le contrat est souscrit pour une période de 12 mois à compter de la date d'effet. Il est ensuite reconduit tacitement chaque année à sa date d'échéance annuelle pour une durée d'un an.

Cadre réservé au cabinet intermédiaire

CONTRAT ENREGISTRÉ SUR L'EXTRANET : OUI NON

ADHÉSION NOUVELLE REMPLACEMENT DE CONTRAT

Êtes-vous actuellement couvert par une assurance complémentaire santé ? OUI NON

Si Oui, souhaitez-vous donner mandat à Apivia Macif Mutuelle de se charger de la résiliation de votre contrat santé ? OUI NON

Si oui, remplir et signer le mandat prévu à cet effet.

Code intermédiaire :

CABINET :

Dénomination sociale :

Coordonnées :

ORIAS N° RCS :

CONSEILLER :

Nom :

Prénom :

Gérant

Salarié

Mandataire : ORIAS N°

Tél :

VENTE :

EN AGENCIE À DOMICILE À DISTANCE

Pièces obligatoires à joindre à l'adhésion : R.I.B. (format IBAN BIC) et copie de l'attestation Carte Vitale

1 SOUSCRIPTEUR

Nom

Prénom

Adresse de la résidence principale (à préciser si différente de celle de l'assuré principal)

Téléphone :

Mobile :

E-mail :

► Reporter strictement toutes les informations figurant sur la ou les Attestation(s) d'assuré social en cours de validité

2 ASSURÉ PRINCIPAL

Nom

Prénom

Date de naissance

N° de sécurité sociale/régime obligatoire

Organisme d'affiliation

N°

Situation de famille

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Pacsé(e)

Autre

Régime social

A.S / T.N.S⁽¹⁾

Artisans

Commerçants

Exploitants-Agricoles

Professions libérales

Micro-entrepreneur

Autres

ALSACE MOSELLE (Attestation à joindre obligatoirement)

Adresse de la résidence principale : n°

Voie

Code postal :

Ville

Pays

Téléphone :

E-mail :

Profession :

3 CONJOINT ou CONCUBIN

Nom

Prénom

Date de naissance

N° de sécurité sociale/régime obligatoire

Organisme d'affiliation

N°

Régime social

A.S / T.N.S⁽¹⁾

Artisans

Commerçants

Exploitants-Agricoles

Professions libérales

Micro-entrepreneur

Autres

ALSACE MOSELLE (Attestation à joindre obligatoirement)

Téléphone :

E-mail :

Profession :

4 AUTRES BÉNÉFICIAIRES

À compléter si le bénéficiaire à charge est immatriculé personnellement

Sexe* Nom

Prénom

Date de naissance

Statut

A/C

N° de sécurité sociale/régime obligatoire

Organisme d'affiliation

AM

F M

* Indiquer le rang de naissance (1, 2 ...) en cas de naissance multiple.

A/C : inscrire A si le bénéficiaire est ayant droit de l'adhérent principal, C si le bénéficiaire est ayant droit du conjoint ou concubin inscrit au contrat.

Statut enfant : à cocher si enfant moins de 21 ans ou jusqu'à 25 ans si étudiant, apprenti, en recherche d'un premier emploi, en service civique ou en situation de handicap (Justificatif à joindre obligatoirement).

AM : à cocher si le bénéficiaire est affilié au régime Alsace Moselle (Attestation à joindre obligatoirement).

5 GARANTIES ET CALCUL DE LA COTISATION

Ce contrat est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé des assurés en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Ce contrat est un contrat responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale. A ce titre, les assurés bénéficient d'un remboursement intégral sur les équipements optiques, les prothèses dentaires et les aides auditives, appartenant à l'offre « 100% Santé ».

NOMBRE DE PERSONNES À ASSURER :

Adultes

Enfants (jusqu'à 20 ans ou 25 ans)* Gratuit au 3^e enfant

Descendants (à partir de 21 ans ou 26 ans) Tarif à l'âge-hors gratuité

* Jusqu'à 25 ans si étudiant, apprenti, en recherche d'un premier emploi (inscrit pôle emploi), en service civique ou en situation de handicap. Justificatif à joindre obligatoirement

Ascendants (à charge)

GARANTIES RETENUES : 1 2 3 4** 5**

** Pour la souscription d'un niveau 4 ou 5, les garanties sont limitées durant les trois premiers mois (hors soins courants) conformément au tableau de garanties.

Pack(s) optionnel(s) - Accessibles uniquement avec les garanties de niveau 2 à 5.

Les packs Bien-être et Prévention 1 et 2 ne sont pas cumulables.

Honoraire et Hospitalisation

Bien-être et Prévention 1

Dentaire - Optique - Audio

Bien-être et Prévention 2

Garantie Allocation Obsèques

Est incluse à la garantie frais de santé, une allocation obsèques d'un montant de 1 000 € aux adhérents de moins de 65 ans et à leurs enfants à charge fiscalement. Cette garantie s'éteint la veille de la date anniversaire dans l'année des 66 ans des adhérents.

Option complémentaire Allocation Obsèques (souscription jusqu'à 65 ans)

Je souhaite souscrire l'option qui me permet de doubler le capital (soit une allocation obsèques de 2 000€) et d'être couvert durant toute la durée de mon contrat sans limite d'âge.

► ZONE TARIFAIRES :

île de La Réunion

► CALCUL DE LA COTISATION MENSUELLE TTC :

Garantie de base , €

Pack(s) optionnel(s)

Pack Honoraires et Hospitalisation , €

Pack Dentaire - Optique - Audio , €

Pack Bien-être et Prévention 1 , €

Pack Bien-être et Prévention 2 , €

Option complémentaire Allocation Obsèques , €

TOTAL COTISATION MENSUELLE TTC , €

TOTAL COTISATION ANNUELLE TTC , €

(dont cotisations statutaires 16,80 €)

FRAIS DE DOSSIER limités à 30€ - 10€ minimum obligatoire , €

Les frais de dossier seront prélevés avec la première cotisation et après le délai de réflexion porté ci-dessous. Ils restent dus en cas de renonciation à la demande d'adhésion.

PÉRIODICITÉ ET DATE DE PRÉLÈVEMENT : 05 10 15

Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Je soussigné(e),

..... passé mon délai de réflexion, accepte le paiement annuel de mes cotisations, fractionnables par périodicité, accepte d'être informé(e) au moins 7 jours calendaires avant la date de début de mon compte (au lieu de 14 jours), et accepte le prélèvement automatique sur mon compte bancaire de ma première cotisation au prorata de la date d'effet, le cas échéant, à laquelle seront ajoutés les frais de dossier lors du premier prélèvement. En suivant la cotisation prélevée sera d'un montant de , € selon la périodicité de prélèvement choisie. Si la date de réception du dossier et le délai de rétractation ne permettent pas le prélèvement de la 1^{re} fraction de cotisation dans le mois de la prise d'effet du contrat, ce prélèvement s'effectuera dans le mois qui suit.

6 Je soussigné (e), demande l'adhésion à l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA (cotisations statutaires) ainsi qu'à Apivia Macif Mutuelle et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat collectif n° 221 004 A assuré par Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS CEDEX 15. Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du présent contrat, du Document d'Information sur le Produit d'Assurance DIPA, des garanties du contrat, des conditions générales CG_Sakifo3_RE_202211_3 valant notices d'informations jointes au présent document, ainsi que des notices d'informations des garanties en inclusion ou en option et avoir été informé(e) des tarifs frais de santé, des cotisations associatives et des cotisations liées à toute autre prestation, des frais accessoires ainsi que des changements liés aux tranches d'âges et des statuts d'Apivia Macif Mutuelle.

(1) Je demande mon adhésion à l'ANPPI et j'adhère au contrat souscrit par cette dernière, par lequel je bénéficierai des dispositions de la loi Madelin, sous réserve de remplir les conditions de la législation en vigueur. **Début d'exercice comptable** [] (J J / MM)

J'accepte l'usage du courrier électronique pour recevoir les informations relatives au contrat en vue de sa conclusion ou au cours de son exécution (Art 1126 du Code civil).

J'accepte de recevoir toute information relative au contrat par SMS.

Les données personnelles recueillies font l'objet d'un traitement automatisé par l'Assureur et/ou le Courtier dans le cadre du contrat. Vos droits sur ces données personnelles sont précisés par l'article « Protection des données personnelles » des conditions générales.

Droit de rétraction*** (article L 221-18 du Code de la consommation) - Dans le cadre d'une adhésion souscrite à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement, vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat complémentaire santé, sans donner de motif, dans un délai de quatorze jours à compter de la conclusion du contrat. Pour exercer le droit de rétraction, vous devez notifier au centre de gestion votre décision de rétraction du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (lettre envoyée par la poste, télécopie ou courrier électronique). Vous pouvez également utiliser le modèle de formulaire de rétractation joint, mais ce n'est pas obligatoire. Ce délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat.

Date d'effet de l'adhésion*** Le contrat prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception du dossier complet par le CENTRE DE GESTION ou au plus tôt le lendemain de la signature électronique. Si l'adhérent a donné mandat à l'organisme assureur pour procéder à la résiliation de son contrat de complémentaire santé détenu auprès d'un autre organisme assureur, le contrat prend effet le lendemain de la date de la prise d'effet de la résiliation effective de son précédent contrat, afin de garantir une continuité de sa couverture. Dans tous les cas, l'adhésion au contrat prend effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion remis à l'adhérent et ne pourra en aucun cas être rétroactive.

Mandat de résilier*** Vous pouvez donner mandat à Apivia Macif Mutuelle, de résilier pour votre compte votre contrat complémentaire santé actuellement en cours auprès d'un autre organisme assureur. Dans ce cas, la continuité de votre couverture complémentaire santé est garantie durant l'opération de résiliation.

*** Pour plus d'informations, se reporter aux conditions générales.

Fait en trois exemplaires originaux, le

A :

SIGNATURE OBLIGATOIRE du souscripteur :

A imprimer en 3 exemplaires : 1 Centre de Gestion - 1 Courtier Conseil - 1 Adhérent

COORDONNÉES BANCAIRES (pour le règlement des prestations)

Titulaire du compte : Nom, Prénom

Code postal

Ville

Pays

IBAN [] BIC []

DROIT DE RÉTRACTATION

Dans le cadre d'une adhésion souscrite à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement, l'adhérent dispose d'un délai de quatorze jours à compter de la conclusion du contrat pour revenir sur sa décision et ce, conformément à l'art. L 221-18 du Code de la consommation.

Suivant les dispositions des articles L 221-21 et 22 du Code de la consommation, l'adhérent informe le Centre de gestion de sa décision de rétractation en lui adressant, avant l'expiration du délai de quatorze jours, le formulaire de rétractation mis à disposition conformément aux articles L 221-5 à 7 du même code, ou toute autre déclaration, dénuée d'ambiguïté, exprimant sa volonté de se rétracter.

- La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et son éventuelle rétractation.
- En cas de rétractation, l'adhérent est informé que :
- Si des prestations ont été versées, il s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de quatorze jours.
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de quatorze jours.

Vous trouverez ci-dessous les informations nécessaires à l'exercice de votre droit de rétractation (Annexe à l'article R. 221-3 du Code de la consommation).

Vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif dans un délai de quatorze jours.

Le délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat.

Pour exercer le droit de rétractation, vous devez notifier au Centre de gestion votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste, télécopie ou courrier électronique).

Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de rétractation mais ce n'est pas obligatoire.

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre communication relative à l'exercice du droit de rétractation avant l'expiration du délai de rétractation.

Effets de rétractation

En cas de rétractation de votre part du présent contrat, nous vous rembourserons tous les paiements reçus de vous, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours à compter du jour où nous sommes informés de votre décision de rétractation du présent contrat. Nous procéderons au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous aurez utilisé pour la transaction initiale, sauf si vous convenez expressément d'un moyen différent ; en tout état de cause, ce remboursement n'occasionnera pas de frais pour vous.

Vous devrez le cas échéant, nous rembourser les prestations versées, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours après notre demande de remboursement ou de restitution, faisant suite à votre décision de rétractation.



FORMULAIRE DE RÉTRACTATION (Annexe à l'article R 221-1 du Code de la consommation)

Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire dans le délai de quatorze jours, uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat, par la poste à Apivia Courtage - 108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 TOURS Cedex 2, par e-mail : sante.contact@apivia-courtage.fr.

Je vous notifie par la présente la rétractation de mon adhésion au contrat complémentaire santé

Nom du contrat

Date :

signé le à effet au

Signature de l'adhérent :

(uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier)

Nom/prénom de l'adhérent :

N° de sécurité sociale de l'adhérent :

Adresse :

Nom du courtier qui vous a démarché :

- Je vous prie de me rembourser les cotisations éventuellement perçues.
- Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LE TARIF

Le taux de redistribution, soit le ratio des prestations versées sur les cotisations perçues est de 79,4%.

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le taux de frais de gestion s'élève à 24,2%.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incomtant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

RÉSILIATION APRES UN AN DE SOUSCRIPTION

Vous pouvez résilier votre contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription (date de signature du bulletin d'adhésion). La résiliation prendra effet un mois après réception de la demande de résiliation et sera confirmée par écrit à l'adhérent.

TxR_202205



Votre contrat sous marque Apivia est assuré par **Apivia Macif Mutuelle**, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Etienne Pernet -75015 PARIS Cedex 15.

Le contrat est distribué par le réseau d'**Apivia Courtage -SAS** au capital de 20000000€ - RCS Tours 490 625 662 -Siège social : 108 rue Ronsard 37100 Tours- ORIAS n°09 051 617 (www.orias.fr). Exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.



Afin de pouvoir enregistrer votre adhésion, nous vous invitons à dater et signer le bulletin d'adhésion ci-joint et à nous transmettre copie de votre attestation carte vitale, ainsi qu'un RIB.

Par ailleurs, vous trouverez également ci-dessous le Mandat de prélèvement SEPA qui est à détacher, à remplir et à signer par l'adhérent, et à transmettre à

- APIVIA COURTAGE - 108 RUE RONSARD - CS 87323 - 37073 TOURS CEDEX 2

après l'expiration d'un délai de 7 jours à compter de la signature de votre adhésion souscrite hors établissement, conformément aux dispositions de l'article L 221-10 du Code de la consommation reproduit ci-dessous.

Article L 221-10 du Code de la consommation (créé par Ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016)

Le professionnel ne peut recevoir aucun paiement ou aucune contrepartie, sous quelque forme que ce soit, de la part du consommateur avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de la conclusion du contrat hors établissement.

Toutefois, ne sont pas soumis au premier alinéa :

1° La souscription à domicile d'un abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts ;

2° Les contrats à exécution successive, conclus dans les conditions prévues à la présente section et proposés par un organisme agréé ou relevant d'une décision de l'autorité administrative, ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail ;

3° Les contrats conclus au cours de réunions organisées par le vendeur à son domicile ou au domicile d'un consommateur ayant préalablement et expressément accepté que cette opération se déroule à son domicile ;

4° Les contrats ayant pour objet des travaux d'entretien ou de réparation à réaliser en urgence au domicile du consommateur et expressément sollicités par lui, dans la limite des pièces de rechange et travaux strictement nécessaires pour répondre à l'urgence.

Pour les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent article, le consommateur dispose d'un droit de résiliation du contrat à tout moment et sans préavis, frais ou indemnité et d'un droit au remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée du contrat restant à courir.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (sera communiquée ultérieurement)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Apivia Courtage à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Apivia Courtage. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé ou sans tarder et au plus tard dans les 13 mois à compter de la date de débit de votre compte, en cas de prélèvement non autorisé. En outre, sauf sur votre demande expresse de garantie immédiate, Apivia Courtage s'engage à ne pas prélever votre première cotisation avant l'expiration du délai de rétractation suivant votre adhésion souscrite hors établissement, conformément aux dispositions du Code de la consommation.

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Apivia Courtage

108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 TOURS Cedex 2
S.A.S. au capital de 20 000 000€ - RCS 490 625 662
ORIAS n° 09 051 617 (www.orias.fr)

ICS : FR24ZZZ389809



COORDONNÉES DU DÉBITEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP

Ville :

Pays :

COMPTE À DÉBITER

IBAN

BIC

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent /répétitif

À

Le

SIGNATURE

⊕ N'oubliez pas de signer le mandat SEPA et de joindre un relevé d'identité bancaire

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir de votre banque. Les données recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, feront l'objet de traitements par le créancier, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance. Elles sont conservées pour la durée strictement nécessaire à la finalité pour laquelle elles ont été collectées. Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles auprès du Délégué à la protection des données personnelles (DPO) Apivia Courtage, par courrier électronique à l'adresse suivante : dpo@apivia-courtage.fr ou par courrier postal à DPO Apivia Courtage - 108 rue Ronsard - 37100 Tours. Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr). Toutes les précisions sur la protection de vos données et notamment les destinataires sont accessibles sur le site internet internet de Macif : <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles>.

Centre de gestion Apivia Courtage

108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 Tours CEDEX 2
Tél. 02 47 70 40 70 / sante.contact@apivia-courtage.fr

MANDAT DE RÉSILIATION DE MON CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ

COORDONNÉES DU SOUSCRIPTEUR

Civilité : M Mme Nom*:

Prénom*: Date de naissance*: / /

Adresse :

N° de voie : Libellé de voie : Complément d'adresse :

Code postal* : Ville* :

Email : Tél. :

Date d'effet du contrat souscrit auprès d'Apivia Macif Mutuelle* : / /

COORDONNÉES DU PRÉCÉDENT ASSUREUR - INFORMATIONS SUR LE CONTRAT À RÉSILIER

Raison sociale de la Société d'Assurance*:

N° SIREN (si connu) :

N° de voie : Libellé de voie* : Complément d'adresse :

Code postal* : Ville* :

Coordonnées du précédent contrat :

Référence du contrat à résilier* :

Date de souscription du contrat à résilier supérieure à 12 mois : Oui Non

Date d'effet de la résiliation souhaitée* : / /

Je soussigné(e), Monsieur Madame (Nom, Prénom)

demeurant (Adresse, Code Postal, Ville)

souhaite résilier le contrat complémentaire santé mentionné ci-dessus, en cours auprès de (Nom de la société d'Assurance) afin de souscrire un nouveau contrat complémentaire santé auprès de Apivia Macif Mutuelle.

Aussi, par le présent document, et conformément à l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité, je donne mandat à Apivia Macif Mutuelle, de résilier en mon nom le contrat complémentaire santé référencé (Référence du contrat à résilier) auprès de (Nom de la société d'assurance)

Fait à , le / /

Signature précédée de «bon pour mandat»

Apivia Courtage, par délégation d'Apivia Macif Mutuelle, traite les données recueillies afin de résilier pour votre compte votre contrat complémentaire santé actuellement en cours auprès d'un autre organisme assureur. Les informations obligatoires sont signalées par un astérisque (). En cas de non-communication de ces informations, il ne sera pas possible de prendre en charge vos formalités de résiliation. Pour en savoir plus, vous pouvez vous reporter au paragraphe protection des données personnelles au verso de ce document.



Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501.
Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS CEDEX 15.

Centre de gestion Apivia Courtage

108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 Tours CEDEX 2
Tél. 02 47 70 40 70 / sante.contact@apivia-courtage.fr

MANDAT DE RÉSILIATION DE MON CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ

INFORMATIONS IMPORTANTES

Résiliation après un an de souscription

Vous pouvez résilier votre contrat complémentaire santé à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa souscription. La résiliation prendra effet un mois après réception de la demande de résiliation.

Mandat de résilier pour compte

Vous pouvez donner mandat à Apivia Macif Mutuelle, de résilier pour votre compte votre contrat complémentaire santé actuellement en cours auprès d'un autre organisme assureur.

Signature du mandat ci-joint

En acceptant de signer le mandat ci-joint, vous nous donnez l'autorisation d'agir en votre nom et de prendre en charge vos formalités de résiliation de votre contrat complémentaire santé actuel. Dans ce cas, la continuité de votre couverture complémentaire santé est garantie durant l'opération de résiliation.

Le mandat doit être scrupuleusement complété et signé par vos soins, afin que la résiliation auprès de votre précédent assureur se déroule dans les meilleures conditions.

Attention aux Délais de signature du mandat

La date d'effet prévue sur votre contrat complémentaire santé Apivia Macif Mutuelle est positionnée afin de respecter :

- le délai postal lié à l'envoi par nos soins de la lettre recommandée de résiliation pour votre compte
- le délai légal d'un mois nécessaire à votre précédent assureur pour résilier votre contrat.

Nous devons nous assurer que votre nouveau contrat ne chevauche pas l'ancien et qu'également votre couverture soit assurée dès le lendemain de votre fin de prise en charge.

Ainsi, si vous tardez à transmettre votre mandat complété et signé, cela peut avoir pour conséquences :

- de retarder l'émission de la lettre de résiliation à votre précédent assureur
- de potentiellement décaler la date de résiliation de votre ancien contrat
- de potentiellement décaler la date d'effet de votre nouveau contrat chez Apivia Macif Mutuelle.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Vos données personnelles :

Les données recueillies feront l'objet de traitements par Apivia Macif Mutuelle, responsable de traitements, et son sous-traitant Apivia Courtage, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance. Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Nous vous informons que vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez vous opposer à la prospection commerciale, exercer vos autres droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles auprès du Délégué à la protection des données personnelles (DPO), en écrivant à DPO Apivia Courtage – 108 rue Ronsard – 37100 Tours ou par courrier électronique à dpo@apivia-courtage.fr.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Toutes les précisions sur la protection de vos données et notamment des destinataires sont accessibles sur le site internet de Macif : <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles>.



Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501.
Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS CEDEX 15.

CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT Sakifo^③

VALANT NOTICE D'INFORMATION À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

CG_Sakifo3_RE_202211_3

CENTRE DE GESTION

Adresse de correspondance

Apivia Courtage - 108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 TOURS Cedex 2 - Tél. 02 47 70 40 70 - Fax : 02 47 70 40 75

E-mail : sante.contact@apivia-courtage.fr

SAS au capital de 20 000 000 €, dont le siège social est situé 108 rue Ronsard - 37100 TOURS

RCS n° 490 625 662 - ORIAS n° 09 051 617.

L'ORGANISME ASSUREUR

Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501.

Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS cedex 15. Tél. 05 46 45 04 04 - Fax 05 46 31 13 95 - www.apivia.fr

Le contrat groupe à adhésion facultative, est souscrit par l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA, association régie par la loi du 1er juillet 1901, déclarée à la Préfecture d'Indre-et-Loire sous le numéro W372004901 et publiée au Journal Officiel de la République Française, dont le siège social est à Tours (Indre-et-Loire), 108 rue Ronsard, auprès d'Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française, inscrite sous le numéro SIREN 779 558 501, dont le siège social est situé 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS cedex 15, dénommée ci-après «l'ORGANISME ASSUREUR».

La distribution et la gestion ont été déléguées à Apivia Courtage, dénommée ci-après le « CENTRE DE GESTION », SAS au capital de 20 000 000 euros, dont le siège social est au 108 rue Ronsard 37100 Tours, enregistrée au RCS Tours sous le n° 490 625 662, société de courtage d'assurances, ayant garantie financière et assurance de responsabilité civile conforme aux articles L530-1 et L530-2 du Code des assurances, immatriculée à l'ORIAS sous le n° 09 051 617 : www.orias.fr.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA domiciliés à l'île de la Réunion et aux professionnels indépendants et à leur conjoint collaborateur, adhérents à l'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (ANPPI).

Il est soumis au droit français et régi par le Code de la mutualité ou de la sécurité sociale, ou par des organismes d'assurance habilités relevant du Code des assurances, ainsi que par les statuts de l'ORGANISME ASSUREUR.

L'autorité chargée du contrôle de ces organismes à l'exception de l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA, est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 09.

Les cinq niveaux de la garantie de base du contrat Sakifo^③, respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code, et s'adapteront automatiquement à la réglementation en vigueur en matière de réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé »).

ARTICLE 1: OBJET DU CONTRAT

1.1. Le contrat Sakifo^③ a pour objet, selon les présentes conditions générales, et en fonction du niveau et de l'option choisie, de compléter dans la limite maximum des frais réellement exposés les prestations versées à l'occasion d'une hospitalisation suite à maladie, accident ou maternité, par la Sécurité sociale dont relève l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) du contrat. Il intervient en complément du régime de base.

1.2. Le contrat offre le choix entre 5 niveaux de garanties de base et 4 packs optionnels dont les garanties et prestations figurent sur le tableau de garanties annexé aux conditions générales du présent contrat.

La souscription des packs optionnels est conditionnée au niveau de garantie souscrit.

1.3. La validité des garanties et dispositions du contrat s'exercent, sauf dérogation expresse, sur tout le territoire national, départements d'outre-mer inclus. Les garanties sont étendues aux maladies et accidents survenus à l'étranger, dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu aux remboursements par la Sécurité sociale dont dépend l'assuré.

1.4. Les garanties du contrat Sakifo^③ entrent dans le champ d'application de la loi Madelin du 11/02/1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. En tant que :

- Professionnel indépendant (revenus relevant des BIC ou BNC) ;
- Conjoint collaborateur d'un professionnel indépendant ;
- Dirigeant non salarié relevant de l'article 62 du Code général des impôts,

l'adhérent peut déduire de ses bénéfices imposables les cotisations versées au titre de ce contrat, dans la limite des plafonds en vigueur.

Pour en bénéficier, l'adhérent doit adhérer à l'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (ANPPI), comme précisé sur le bulletin d'adhésion.

Cette déduction est possible tant que l'adhérent exerce sous ce statut, qu'il est à jour de ses cotisations aux régimes obligatoires et que dure son assurance.

L'ORGANISME ASSUREUR adresse à l'adhérent une attestation de cotisations à conserver à l'appui de sa comptabilité.

1.5. Sont adossées en inclusion sur le contrat, conformément à l'article L221-3 du Code de la mutualité :

• **Une garantie assistance** souscrite auprès d'IMA ASSURANCES, SA au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris, CS 40 000, 79033 NIORT CEDEX 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

• **Une garantie Protection Juridique « Recours Médical »** souscrite auprès de Matmut Protection Juridique, SA à directoire et conseil de surveillance au capital de 7 500 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège est situé 66 rue de Sotteville, 76 100 ROUEN, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Rouen sous le numéro 423 499 391 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest - CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

- Une « garantie obsèques » jusqu'à 65 ans suite à décès toutes causes souscrite auprès de la société HENNER, SA au capital de 8 212 500 euros, RCS Nanterre 323 377 739, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social se situe 14, boulevard du Général Leclerc, 92200 NEUILLY-SUR-SEINE - Immatriculation ORIAS n° 07 002 039 - Relevant du contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

Le détail des notices d'information valant conditions générales des garanties assistance et protection juridique « Recours Médical » et garantie obsèques est reporté en suivant des présentes.

1.6. Les montants de remboursement sont exprimés en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base de remboursement) ou sous la forme d'un forfait.

Ces forfaits et montants de remboursement sont valables par année d'assurance à compter de la date anniversaire du contrat et par assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euro.

ARTICLE 2: CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION

Pour souscrire le contrat, le membre participant doit :

- résider en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion, à Saint Martin ou à Saint Barthélemy.
- être affilié à un régime obligatoire français d'assurance maladie.

Les adhésions peuvent être souscrites sans limite d'âge.

L'adhésion s'effectue au moyen d'un bulletin d'adhésion sur lequel doivent figurer :

- l'état civil du souscripteur et de ses bénéficiaires ;
- son adresse ;
- son régime social ;
- le numéro d'organisme d'affiliation et le numéro de Sécurité sociale du souscripteur et de chacun des bénéficiaires désignés ;
- la date d'effet souhaitée ;
- la formule souscrite et les options éventuelles choisies ;
- la fréquence et le mode de paiement des cotisations.

La date valant date de souscription est celle portée à la signature de l'adhésion et ce, indépendamment de la date d'effet.

ARTICLE 3: BÉNÉFICIAIRES

Sont considérés comme bénéficiaires du Membre Participant :

• son conjoint assuré social (ou la personne, assurée sociale, qui vit maritalement avec le Membre Participant ou qui lui est lié par un pacte civil de solidarité).

• les enfants assurés sociaux jusqu'à 25 ans et appartenant à l'une des catégories suivantes :

 - Etudiants, apprentis, à la recherche d'un premier emploi à condition d'être inscrits comme tels auprès de Pôle Emploi, ou en service civique.

• les personnes considérées par la Sécurité sociale comme étant à sa charge.

Les enfants ayants droit ne peuvent adhérer seuls, et sont obligatoirement rattachés à l'adhérent principal ou à son conjoint pour le bénéfice des garanties.

Par dérogation, et pour simplifier la souscription, peuvent être enregistrés sur le bulletin d'adhésion:

- Les enfants de plus de 20 ans ou de 26 ans, en tenant compte de la cotisation liée à leur âge. Ils ne rentrent pas dans la règle de la gratuité liée au 3^e enfant.
- Les ascendants à charge.

ARTICLE 4: GARANTIES - FORFAITS - PLAFONDS

Le tableau des garanties est annexé aux présentes conditions générales

4.1. Le contrat, aux termes de l'article 1 des présentes conditions générales, et selon leurs dispositions, assure, en complément du régime obligatoire, le remboursement des frais de santé sous forme de prestations variables et/ou forfaitaires dont les montants sont détaillés dans le tableau de garanties ci-dessous.

4.2. Ces forfaits sont valables par année d'assurance à compter de la date d'effet du contrat et par bénéficiaire, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

4.3. Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débuté postérieurement à la date d'effet de l'adhésion et durant la période garantie.

4.4. Le total des remboursements de la Sécurité sociale et de l'ORGANISME ASSUREUR est toujours, et au maximum, strictement limité au montant des dépenses réellement engagées. Le cumul des prestations perçues par l'assuré ne peut dépasser le montant total des frais réellement exposés.

Tous les frais médicaux réalisés à l'étranger donnent lieu à un remboursement dès lors qu'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale française, et dans la limite de participation prévue au tableau de garanties « frais de soins et de séjour à l'étranger ».

4.5. Contenu, entrée en vigueur et durée des garanties :

4.5.1. En cas d'hospitalisation :

Le contrat intervient pour toute hospitalisation prise en charge par la Sécurité sociale. Le montant des remboursements varie selon que l'établissement hospitalier est conventionné ou non, et dans les termes exprimés par l'article GARANTIES – FORFAITS - PLAFTONDS des conditions générales.

Honoraires des chirurgiens et anesthésistes et actes en secteur hospitalier :

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une hospitalisation ou à une intervention chirurgicale dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Frais de séjour et hospitalisation :

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à la charge de l'assuré après un remboursement partiel de la Sécurité sociale. S'il s'agit d'un établissement non conventionné, les frais de séjour seront remboursés dans la limite d'un montant exprimé en pourcentage de la base de remboursement retenue par la Sécurité sociale.

Sont également pris en charge au titre de cette garantie les séjours et hospitalisations suivants, effectués au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par la Sécurité sociale :

- les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec hospitalisation, les frais de maisons d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants, et substances analogues,
- toute hospitalisation pour motif psychiatrique.

Forfait journalier hospitalier :

Cette garantie est mise en jeu lorsque l'assuré passe **au moins une nuit** dans l'établissement hospitalier.

Le forfait journalier hospitalier n'est pas garanti s'il est facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Forfait patient urgences :

Est pris en charge le forfait patient urgences facturé en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

Chambre particulière :

Dans le cadre d'une hospitalisation avec hébergement (nuitée), l'assuré bénéficie de la garantie chambre particulière, et dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties :

- **Dans le cadre de la garantie de base prévue pour les niveaux 2 à 5 : pour des séjours en médecine, chirurgie, maternité sans limite de durée, ainsi que pour des séjours en réadaptation fonctionnelle, rééducation, moyen séjour, cures, convalescence dans la limite de 60 jours par an,**
- **Dans le cadre du Pack Optionnel « hospitalisation et honoraires » : sont pris également en charge les séjours psychiatriques et assimilés dans la limite de 30 jours par an.**

Frais d'accompagnant :

En cas d'hospitalisation d'un des bénéficiaires inscrits au contrat, la garantie prévoit le versement d'un forfait exprimé par jour et par bénéficiaire prenant en charge le cas échéant les frais de repas et de lit de tout accompagnant, **dans la limite de 30 jours par an.**

Frais de transport :

Les frais de transport ne sont remboursés que s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale et d'un remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Forfait « confort à l'hôpital » :

Les frais de confort à l'hôpital (Télévision, internet, téléphone, presse), sont pris en charge dans la limite de la dépense engagée lors de toute hospitalisation **d'au moins 1 nuit. Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait « hospitalisation ambulatoire».** Prise en charge **jusqu'à 20 jours par séjour**, sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée.

Forfait « hospitalisation ambulatoire » :

Participation aux frais suivants en cas d'hospitalisation ambulatoire : chambre ambulatoire, repas, télévision, internet. Ce forfait ne se cumule pas avec « **le forfait confort à l'hôpital** ». Le remboursement est effectué sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée.

Frais de soins et de séjour à l'étranger :

Sont pris en charge vos frais médicaux chirurgicaux et/ou d'hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale française, et dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

4.5.2. Optique :

Equipement optique (monture et verres) :

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie 100 % Santé (classe A), l'organisme assureur prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des équipements optiques, déduction faite de la part prise en charge par le régime obligatoire.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie de classe B dont les prix de vente sont libres, la prise en charge s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties et couvre systématiquement le ticket modérateur.

LIMITES DE GARANTIE EN OPTIQUE :

Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est possible réglementairement et notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Dans ces cas, le nombre d'équipement est limité à 1 tous les ans.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période de seulement 6 mois mais uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Dans tous les cas, pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement (ou du dernier élément constituant l'équipement complet). Le forfait attribué pour la monture selon les décrets en vigueur ne pourra pas excéder 100 €.

Par exception, le forfait monture de 100 € correspond au remboursement de la mutuelle en incluant le remboursement de la Sécurité sociale.

Lentilles de correction et Intervention sur l'œil et implants oculaires

Les frais liés à l'achat des lentilles (remboursées ou non remboursées) ainsi que les frais liés à l'intervention sur l'œil et implants oculaires non remboursables par le régime obligatoire sont pris en charge dans la limite des montants et forfaits prévus au tableau de garanties.

Le forfait « intervention sur l'œil et implants oculaires » non remboursé est accordé **par année d'assurance et par œil**.

4.5.3. Dentaire :

Prothèses dentaires :

Lorsque l'acte prothétique entre dans la catégorie 100 % Santé, l'organisme assureur prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré, dans la limite des honoraires de facturation fixés réglementairement et déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

Pour les actes prothétiques à tarifs maîtrisés et les actes prothétiques à tarifs libres, le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis à leur prise en charge par le Régime obligatoire.

Soins dentaires :

Les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologue ainsi que les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux sont remboursables dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties, à la condition qu'ils fassent l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité sociale.

Bonus fidélité dentaire :

Les remboursements des prothèses dentaires remboursables par la Sécurité sociale, sont majorés en complément du montant souscrit de 25% à compter de la date anniversaire du contrat, dès la 2^e année, et en suivant de 25% à compter de l'échéance anniversaire du contrat dès la 3^e année. Le bonus fidélité s'applique à chaque membre inscrit au contrat sur la garantie de base (exclusions des packs optionnels).

Frais dentaires non remboursés par le régime obligatoire :

- Dans le cadre de la garantie de base : ce forfait est destiné à couvrir les dépenses de :
 - Soins dentaires, prothèses dentaires et d'implants non remboursées par le Régime obligatoire.

Le montant est exprimé par acte et en nombre d'actes par an et par bénéficiaire.

Ce forfait ne couvre pas les soins/actes de parodontologie non remboursés par le Régime obligatoire.

- Dans le cadre du pack optionnel « optique-dentaire-audio » : ce forfait permet de couvrir les dépenses de parodontologie et d'orthodontie non remboursées par le régime obligatoire.

Le montant du forfait s'entend par acte et dans la limite de 3 actes pour les niveaux 2, 3, 4 et 5. Le nombre d'actes entre la garantie de base et le pack optionnel ne sont pas cumulables.

Ces forfaits sont pris en charge par année d'assurance et par bénéficiaire.

Plafond dentaire :

Ce plafond global annuel s'applique pour les garanties suivantes :

- Les prothèses dentaires (Hors Prothèses du 100 % santé) dont les inlay-core remboursées par le Régime obligatoire
- L'orthodontie remboursée par le Régime obligatoire
- Les frais dentaires non remboursés par le Régime obligatoire

Les niveaux 1 et 2 ne comportent pas de plafond dentaire. Les packs optionnels ne sont pas inclus dans le plafond.

Pour le niveau 3, le remboursement est limité à 750 euros la 1^{re} année, 1200 euros la 2^e année et 1500 euros la 3^e année et les suivantes. Pour les niveaux 4 et 5, le remboursement est limité à 1000 euros la 1^{re} année, 1200 euros la 2^e année et 1500 euros la 3^e année et les suivantes.

Les dépenses prises en charge par la mutuelle au titre du ticket modérateur sont prises en compte dans le calcul du plafond dentaire. Une fois le plafond atteint, le remboursement se limite à la prise en charge du ticket modérateur pour les actes faisant l'objet d'un remboursement par le Régime obligatoire. Le nombre d'années est calculé pour chaque bénéficiaire à partir de la date d'effet de sa garantie.

Ce plafond s'applique également en cas d'augmentation de votre niveau de garanties : le plafond global 2^e année du nouveau niveau de garanties s'applique durant les 12 mois qui suivent la prise d'effet de cette nouvelle garantie.

4.5.4. Aides auditives :

Les prothèses auditives ainsi que l'entretien, piles et accessoires pris en charge par la Sécurité sociale sont remboursées dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Conformément à la réglementation en vigueur, lorsque l'équipement entre dans la catégorie des aides auditives 100 % Santé (classe I), l'organisme assureur prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des aides auditives, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

Pour les aides auditives de classe II, la prise en charge sera conforme au tableau de garanties.

LIMITE DE GARANTIE DES AIDES AUDITIVES :

La prise en charge d'un équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.
Le point de départ de cette période correspond à la date de l'équipement.

4.5.5. Soins courants :

Honoraires médicaux, consultations, visites :

Les garanties honoraires médicaux, consultations, visites pratiqués pour une consultation aux cabinets d'un médecin, spécialiste ou professeur ou pour une visite effectuée par ces derniers au domicile de l'assuré ou pour une consultation en milieu hospitalier donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Pour les autres consultations et visites réalisées hors parcours de soin coordonnés, elles ne donnent pas lieu à la prise en charge de la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par le Régime obligatoire) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables.

La majoration pour frais de déplacement, actes de nuit ou le dimanche et soins d'urgence sont pris en charge suite à un remboursement partiel de la Sécurité sociale.

Actes techniques médicaux :

Les actes techniques médicaux sont des actes de spécialités effectués hors hospitalisation et donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties suite à un remboursement partiel de la Sécurité sociale.

Analyses / actes de biologie / radiologie :

Les frais d'analyses, d'actes de biologie et de radiologie sont pris en charge. Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité sociale donnant ainsi lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Les honoraires de psychologue remboursés par le Régime obligatoire

Dispositif MonPsy : toute personne (dès 3 ans) peut bénéficier d'un accompagnement par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie, jusqu'à 8 séances par année civile.

Honoraires paramédicaux :

Les honoraires des orthophonistes, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthoptistes sont pris en charge.

Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité sociale, donnant ainsi lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Médicaments, Vaccins (remboursés par la Sécurité sociale) :

Le contrat prend en charge les médicaments remboursables par la Sécurité sociale, abstraction faite de la franchise médicale qu'elle applique en vertu des contrats responsables, remboursés à 65%, 30% et 15% par le Régime obligatoire.

Matériel médical :

Les prothèses d'orthopédie, capillaires et mammaires ainsi que tout appareillage (hors auditif et optique) pris en charge par le Régime obligatoire sont remboursés dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Frais de soins et de séjour à l'étranger :

Sont pris en charge vos frais médicaux chirurgicaux et/ou d'hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale française, et dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

4.5.6. Bien-être et prévention :

Médecines douces :

Ce forfait est destiné à couvrir des dépenses de consultations d'Ostéopathie, de Chiropractie, d'Acupuncture, d'Etiopathie, d'Homéopathie, de Naturopathie, de Podologie/Pédicure, de Diététique -Nutritionniste et d'Hypnose Thérapeutique non prises en charge par la Sécurité sociale et donnant lieu à un remboursement par séance et dans la limite d'un nombre maximum de séances prévu au tableau de garanties.

Cette garantie n'est pas couverte dans le niveau 1.

Cures thermales prescrites (remboursées par la Sécurité sociale) :

Les cures thermales acceptées par la Sécurité sociale donnent lieu au remboursement des soins, honoraires, des frais de transport et de séjours dans la limite de 100% de la base de remboursement retenue par la Sécurité sociale.

A ce ticket modérateur et dans la limite réelle des frais engagés, s'ajoute un forfait prévu au tableau des garanties selon le niveau choisi, pour la prise en charge de frais de transport ou de séjour non couverts par la Sécurité sociale.

Dépistage et prévention (actes non remboursés par la sécurité sociale) :

Le contrat prend en charge des dépenses de prévention non remboursées par les régimes obligatoires, dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties selon le niveau choisi par année d'assurance à compter de la date d'effet du contrat :

- vaccins prescrits non pris en charge y compris les vaccins recommandés aux voyageurs par le conseil supérieur d'hygiène publique de France (fièvre jaune, rage, typhoïde, hépatite A, méningite à méningocoques...),
- traitement antipaludéen pour les voyages,
- substituts nicotiniques,
- médicaments de l'ostéoporose non pris en charge par la sécurité sociale mais délivrés en pharmacie,
- matériel de surveillance d'hypertension (auto-tensiomètre) - homologué ANSM-(ansm.santé.fr) ; ce matériel étant « familial », un seul remboursement par contrat sera pris en charge.

4.5.7. Packs Optionnels :

Ces packs optionnels permettent d'améliorer le remboursement des prestations dans les limites prévues au tableau de garanties.

Les packs « **hospitalisation et honoraires** », pack « **optique-dentaire-audio** », pack « **bien-être et prévention 1** », pack « **bien-être et prévention 2** », peuvent être souscrits en complément des niveaux 2 à 5, individuellement ou cumulativement, à l'exception des packs « bien-être » qui ne peuvent être cumulés.

L'adhésion aux différents packs optionnels choisis s'appliquera à l'ensemble de la famille, elle peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article « MODIFICATIONS » ci-après).

Forfait lumière bleue : ce forfait prend en charge les équipements d'optique non correctifs anti-lumière bleue, remboursement sur présentation d'une facture acquittée.

Forfait Basse vision/Malvoyance : ce forfait prend en charge les équipements adaptés pour les assurés concernés par la basse vision/malvoyance, sur présentation d'une facture acquittée.

Pharmacie prescrite non remboursée et Automédication (inscrite au répertoire VIDAL) :

Ce forfait prend en charge les médicaments prescrits par un professionnel de santé autorisé à prescrire des médicaments dans son domaine, et répertoriés au Vidal, mais qui ne font plus l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale.

Concernant l'automédication, celle-ci a été définie en France par le Conseil de l'Ordre des médecins comme « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM (autorisation de mise sur le Marché délivrée par l'ANSM agence nationale de sécurité du médicament), avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens. » Cette définition a été retenue par le Comité permanent des médecins européens.

Remboursement sur facture acquittée émise par une pharmacie.

Les frais d'abonnement sportif sont pris en charge pour tout adhérent licencié d'un club, d'une association sportive ou inscrit dans une salle de sport sur présentation d'une licence ou d'un abonnement acquitté dont la date a débuté postérieurement à la prise d'effet de la garantie.

Le forfait naissance est versé à l'assuré suite à la naissance ou l'adoption d'enfant mineur et pour chaque enfant. Ce forfait est subordonné à l'enregistrement de l'enfant en qualité de bénéficiaire, au paiement le cas échéant de la cotisation complémentaire correspondante, et à la réception par le CENTRE DE GESTION de l'acte de naissance accompagné de la demande d'enregistrement dans le mois qui suit la naissance.

Dépistage et prévention : cancers (col de l'utérus, colon, sein), glaucome, troubles de l'audition. Prise en charge de consultations et analyses biologiques non prises en charge par le Régime obligatoire, dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Le contrat bénéfice également :

En inclusion :

D'une garantie assistance et de protection juridique « Recours Médical » et d'une garantie obsèques dont le détail est reporté en suivant des présentes.

En option :

• Une garantie « Optionnelle Obsèques » peut être souscrite par l'adhérent, au plus tard au 31 décembre de l'année de son 65^e anniversaire, pour compléter la garantie de base en inclusion, suivant les modalités prévues à la notice d'information Garantie Obsèques en annexe des présentes conditions générales.

4.6 Ce que le contrat ne prend pas en charge

Ne donnent pas lieu à la mise en œuvre des garanties définies au contrat et n'entraînent aucun paiement au titre du contrat :

- les participations forfaitaires mentionnées au II de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la franchise médicale annuelle mentionnée au III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins ;
- les séjours en gérontologie, en instituts médico-pédagogiques et établissements similaires ;
- les séjours dans les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées ou dépendantes ;
- les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;
- les soins esthétiques, les cures de toute nature (sauf disposition prévue à l'article 4.5.6) et la thalassothérapie.

ARTICLE 5: DELAI D'ATTENTE

5.1. Délais d'attente à la souscription

Lors de la souscription d'un niveau 1, 2 ou 3, les garanties sont acquises immédiatement sans application de délai d'attente.

Lors de la souscription d'un niveau 4 ou 5, les garanties, hors « soins courants », sont limitées durant les 3 premiers mois conformément au tableau de garanties.

Cette règle s'applique également en cas d'ajout d'un bénéficiaire. Les délais d'attente ne s'appliquent pas aux packs optionnels.

5.2. Délais d'attente en cas de changement de niveau de garanties

Une modification du niveau de garanties ne peut avoir lieu qu'après 12 mois d'ancienneté dans la formule.

En cas de hausse de garanties en cours d'adhésion, un délai d'attente de 3 mois peut s'appliquer à compter de la date de changement de niveau, comme détaillé ci-dessous :

- pour passer à un niveau 2 ou 3, quel que soit le niveau initial, les garanties sont acquises immédiatement sans application de délai d'attente.
- pour passer d'un niveau 1, 2 ou 3 sur un niveau 4 ou 5, les garanties, hors « soins courants », sont limitées durant les 3 premiers mois conformément au tableau de garanties.
- pour passer d'un niveau 4 à un niveau 5, les prestations du niveau 4, hors « soins courants », s'appliquent durant les 3 premiers mois.

Pour les séances et les actes limités à un nombre maximum par an, tels que les séances en « Médecines douces » ou « les frais dentaires non remboursés par le Régime obligatoire », les séances ou les actes réalisés durant les 3 premiers mois doivent être déduits du nombre maximum de séances ou d'actes prévu pour le niveau souscrit.

En cas de baisse de garanties, les garanties sont acquises immédiatement sans application de délai d'attente.

ARTICLE 6: MODALITES DE REMBOURSEMENT

6.1. Ce contrat n'a pas vocation à intervenir en tant que sur-complémentaire. Toutefois, si l'adhérent faisait néanmoins le choix de disposer de plusieurs contrats de complémentaire Santé, les garanties exprimées s'entendent déduction faite des remboursements du Régime obligatoire et des remboursements perçus par le (ou les autres) organisme(s) complémentaire(s) afin de ne pas dépasser les limites des remboursements imposées par le dispositif des contrats responsables.

6.2. Pour chaque garantie, le montant des remboursements est défini au sein du tableau des garanties en fonction du niveau souscrit par l'assuré et de la nature des dépenses médicales. Les niveaux des prestations optiques sont établis en fonction de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) en vigueur.

Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base de remboursement) ;
- ou sous la forme d'un forfait. Ces forfaits sont valables par année d'assurance à compter de la date d'effet du contrat et par assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des garanties. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle.

Le cumul des divers remboursements obtenus par un membre participant ne peut excéder la dépense réelle. Dans le cas où les soins ont été engagés hors de France, le remboursement se fait sur la base des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie obligatoire française, et qui figurent dans la nomenclature des actes.

6.3. Si l'assuré bénéficiait de la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et l'ORGANISME ASSUREUR, les remboursements s'effectueront automatiquement. Dans les autres cas, ou si l'assuré n'utilise pas le système de télétransmission lors de sa dépense de santé (exemple : lorsqu'il ne paie que la part complémentaire des frais médicaux), il doit adresser en suivant de l'indemnisation par la Sécurité sociale :

A L'ORGANISME ASSUREUR (à adresser au service prestations d'Apivia Macif Mutuelle - CS 30000 - 79077 Niort Cedex 9)

- les décomptes originaux délivrés par la Sécurité sociale,
- les originaux des notes ou factures acquittées détaillant les actes, les prestations réalisées, les montants payés, les montants de base de remboursement et les pourcentages d'intervention de la Sécurité sociale,
- Les photocopies des notifications par l'assurance maladie obligatoire concernant le refus de la prise en charge des actes ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés,

ou

AU CENTRE DE GESTION

- les pièces officielles d'état civil (bulletin de naissance, acte de décès, certificat d'hérédité...) permettant le paiement de prestations forfaitaires telles qu'une indemnité en cas de naissance ou en cas de décès d'un assuré,
- toutes pièces portées sur les notes d'information des garanties en inclusion ou en option qui auraient pu être souscrites, nécessaires à l'instruction et au paiement des sinistres.

Le règlement des prestations qui ne sont pas servies directement aux professionnels de santé suivant les accords de tiers payant, s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant

Par ailleurs, l'ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit de demander tout document ou justificatif complémentaire qu'elle jugera nécessaire, à l'assuré ou au professionnel de santé, permettant le remboursement des frais médicaux demandés ou bien à des fins de contrôle a priori ou a posteriori, et ce dans un délai équivalent aux règles de prescription du contrat (voir article relatif à la prescription dans les conditions générales).

L'organisme assureur effectuera le règlement des prestations santé dans un délai de deux jours ouvrés. Ce délai débute à compter de la réception de l'ensemble des justificatifs demandés, que ces derniers nous soient parvenus par voie postale ou électronique.

6.4. Pour être recevable, toute demande de prestations doit être présentée dans les 2 ans suivant la date de remboursement par le Régime obligatoire, ou la date de réception du ticket modérateur, ou la date de l'événement à indemniser, ou la date de facturation. Au-delà de ce délai, la prestation ne sera pas versée. Les prestations ne sont dues que pour des soins et traitements reçus postérieurement à la date d'effet du contrat (quelle que soit la date d'apparition de la maladie ou de l'accident), et en tout état de cause avant la date de prise d'effet de la résiliation du contrat. La mutuelle conserve les documents transmis selon leur type dans le respect des règles définies en interne.

6.5. 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 du membre participant, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par Apivia Macif Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Le bénéficiaire recevant, de quel qu'organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la mutuelle n'est redévable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

Le bénéficiaire des prestations est déchu de tout droit à remboursement s'il a utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux (présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation ...). La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux. Les prestations déjà versées par la mutuelle se révèlant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

6.6. Suivi des prestations « EN TEMPS RÉEL » :

- INTERNET (www.apivia.fr). Suivi du remboursement des prestations 7 jours / 7 et 24h / 24.
- SERVICE E-MAIL (service gratuit d'information aux adhérents) :

Inscription préalable de l'adhérent sur le site www.apivia.fr pour notifier son adresse e-mail. En suivant et à chaque remboursement et quel qu'en soit le montant, l'adhérent reçoit un courrier électronique indiquant le montant du règlement qui vient d'être adressé.

ARTICLE 7: TIERS PAYANT

7.1. Pour faciliter l'accès aux soins, Apivia Macif Mutuelle a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, un contrat de prestation de service auprès d'un gestionnaire industriel du Tiers Payant.

7.2. Une carte mutualiste est délivrée en 2 exemplaires aux membres participants.

7.3. L'assuré (l'adhérent ou un bénéficiaire) qui cesse, pour quelque raison que ce soit, de bénéficier des garanties (contrat résilié, radiation de bénéficiaire), ne doit plus utiliser sa carte de tiers payant et s'engage à la détruire immédiatement, sous peine de poursuite.

Si, en cas d'utilisation de sa carte de tiers payant auprès d'un praticien ou d'établissement hospitalier alors que les droits ne sont pas ouverts, le membre participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la mutuelle pour son compte. Apivia Macif Mutuelle se réserve le droit de récupérer toutes les sommes indûment versées, par tous moyens à sa convenance ou en déduction des prestations à venir.

ARTICLE 8: DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

8.1. Le contrat prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et

- au plus tôt le lendemain de la réception du dossier complet par le CENTRE DE GESTION
- ou au plus tôt le lendemain de la signature électronique.

Si l'adhérent donne mandat à l'organisme assureur pour procéder à la résiliation de son contrat de complémentaire santé détenu auprès d'un autre organisme assureur, le contrat prend effet le lendemain de la date de prise d'effet de la résiliation de son précédent contrat.

Dans tous les cas, l'adhésion au contrat prend effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion remis à l'adhérent, et ne pourra en aucun cas être rétroactive.

8.2. Les droits de l'adhérent hospitalisé à la date d'effet de l'adhésion ne sont ouverts que le lendemain suivant sa sortie d'hospitalisation, y compris en cas de transfert d'établissement. En aucun cas, les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ne pourront être pris en considération et ne pourront donner lieu à un quelconque remboursement.

ARTICLE 9: DROIT DE RÉTRACTATION

Dans le cadre d'une adhésion souscrite à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours à compter de la conclusion du contrat pour revenir sur sa décision et ce, conformément à l'art L221-18 du Code de la consommation.

Suivant les dispositions des articles L221-21 et 22 du Code de la consommation, l'adhérent informe le CENTRE DE GESTION de sa décision de rétractation en lui adressant, avant l'expiration du délai de 14 jours, le formulaire de rétractation mis à disposition conformément aux articles L221-5 à 7 du même code, ou toute autre déclaration, dénuée d'ambiguïté, exprimant sa volonté de se rétracter.

- La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et son éventuelle rétractation.
- En cas de rétractation, l'adhérent est informé que :
 - Si des prestations ont été versées, il s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 14 jours.
 - Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 14 jours.

Vous trouverez ci-dessous les informations nécessaires à l'exercice de votre droit de rétractation (ANNEXE à l'article R.221-3 du Code de la consommation).

Vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif dans un délai de quatorze jours.

Le délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat.

Pour exercer le droit de rétractation, vous devez notifier au CENTRE DE GESTION votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste, télécopie ou courrier électronique). Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de rétractation mais ce n'est pas obligatoire.

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre communication relative à l'exercice du droit de rétractation avant l'expiration du délai de rétractation.

Effets de rétractation

En cas de rétractation de votre part du présent contrat, nous vous rembourserons tous les paiements reçus de vous, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours à compter du jour où nous sommes informés de votre décision de rétractation du présent contrat. Nous procéderons au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous aurez utilisé pour la transaction initiale, sauf si vous convenez expressément d'un moyen différent ; en tout état de cause, ce remboursement n'occasionnera pas de frais pour vous.

Vous devrez le cas échéant, nous rembourser les prestations versées, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard 14 jours après notre demande de remboursement ou de restitution, faisant suite à votre décision de rétractation.

MODÈLE DE FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

(ANNEXE à l'article R221-1 du Code de la consommation)

Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat, en l'adressant par courrier, fax ou mail dans le délai de 14 jours, à l'attention de :

Apivia Courtage - 108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 Tours Cedex 2. Email : sante.contact@apivia-courtage.fr.

Je vous notifie par la présente ma rétractation de mon adhésion au contrat complémentaire santé : _____

Signé le : _____

Nom de l'adhérent : _____

Adresse de l'adhérent : _____

N° sécurité sociale de l'adhérent : _____

Nom du Courtier qui vous a démarché : _____

- Je vous prie de me rembourser les cotisations éventuellement perçues.
- Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Date : _____

Signature de l'adhérent : _____

(Signature uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier).

ARTICLE 10: CERTIFICAT D'ADHÉSION - TABLEAU DES GARANTIES

Passé les délais légaux de renonciation, l'assuré reçoit son certificat d'adhésion porteur des conditions particulières de son contrat : date d'effet de l'adhésion, échéance principale, nom de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, option choisie, détail des cotisations, éventuels délais d'attente ainsi que sa carte de tiers payant, sous réserve de l'encaissement des cotisations dues.

Seules sont accordées à l'assuré et/ou au(x) bénéficiaire(s), les garanties mentionnées à son certificat d'adhésion et dont le détail figure sur son tableau des garanties.

ARTICLE 11: DURÉE DE L'ADHÉSION

11.1. L'échéance principale du contrat est la date d'anniversaire du contrat.

11.2. Le contrat est souscrit pour une première période d'assurance de 12 mois à compter de la date d'effet.

Le contrat est ensuite tacitement reconduit chaque année à compter de la date anniversaire du contrat sauf résiliation dans les conditions précisées par l'article relatif à la résiliation.

ARTICLE 12: MODIFICATIONS

12.1. Ajout ou suppression de bénéficiaire

Si l'adhérent souhaite qu'un nouvel assuré bénéficiaire du contrat, il doit en faire la demande à son courtier, au CENTRE DE GESTION ou auprès de l'ORGANISME ASSUREUR. L'affiliation du bénéficiaire prendra effet au plus tôt au 1er du mois suivant la réception de la demande.

En cas d'ajout d'un nouveau-né, l'affiliation prendra effet dès sa naissance (ou dès sa date d'adoption), à condition d'effectuer la demande d'affiliation au contrat dans les 3 mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant dans le foyer.

Cependant, en cas d'ajout d'un bénéficiaire et selon le niveau de garanties souscrit par l'adhérent, un délai d'attente peut s'appliquer au nouveau bénéficiaire pendant les 3 premiers mois suivant la date d'effet de l'affiliation conformément aux conditions précisées à l'article « Délais d'attente ».

Si l'adhérent souhaite qu'un assuré ne bénéficie plus du contrat, il doit également en faire la demande à son courtier, au CENTRE DE GESTION ou auprès de l'ORGANISME ASSUREUR. Cette radiation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande, sous réserve que le bénéficiaire ait 12 mois d'ancienneté dans le niveau de garanties. En cas de décès d'un assuré, la radiation intervient à la date du décès et il est procédé au remboursement des cotisations réglées pour la période postérieure.

12.2. Modification suite à un changement de situation

Pendant la durée du contrat, l'adhérent doit informer le CENTRE DE GESTION et/ou l'ORGANISME ASSUREUR de tout changement de situation d'un assuré afin qu'il procède à la modification du contrat, notamment :

- changement de domicile
- changement de Régime obligatoire
- changement de situation matrimoniale (mariage, divorce, veuvage, etc...)

Si cette modification entraîne une augmentation des cotisations, l'adhérent dispose d'un délai de 30 jours à compter de la réception de son nouvel avis d'échéance pour résilier son contrat, selon les modalités prévues à l'article « Résiliation ».

12.3. Modification du niveau de garanties

Aucune modification du niveau de garantie ne peut avoir lieu pendant les 12 premiers mois suivant la date d'effet de l'adhésion.

A l'issue de cette période, l'adhérent peut modifier ses garanties, à la hausse ou à la baisse à tout moment. Le changement de niveau prendra effet au 1er jour du mois suivant la date de cette demande.

La nouvelle garantie est souscrite pour une durée minimum de 12 mois et s'applique à tous les bénéficiaires.

Les garanties sont acquises immédiatement sauf en cas de la souscription d'un niveau 4 ou 5 pour lequel les garanties sont limitées durant les trois premiers mois à compter du changement de niveau conformément aux conditions précisées à l'article « Délais d'attente ».

12.4. Modification des packs optionnels

Aucun ajout ou suppression de packs optionnels ne peut être fait pendant les 12 premiers mois suivant la date d'effet de l'adhésion. A l'issue de cette période de 12 mois, l'adhérent peut ajouter ou supprimer un ou plusieurs packs optionnels à tout moment. Ce changement prendra effet au 1er jour du mois suivant la date de cette demande. Un pack optionnel est souscrit pour une durée minimum de 12 mois.

ARTICLE 13: RÉSILIATION

13.1. Loi Evin

Eu égard à la loi EVIN n° 89-10009 qui dispose que les garanties délivrées revêtent un caractère viager, l'assuré seul dispose de la faculté de résilier son contrat (excepté la résiliation par l'assureur de l'adhésion pour non-paiement de cotisation).

13.2. Résiliation après un an de souscription

L'adhérent peut résilier son contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prendra effet un mois après réception de la demande de résiliation et sera confirmée par écrit à l'adhérent.

L'adhérent peut également donner mandat à un nouvel assureur de résilier pour son compte, et dans ce cas, la résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande de résiliation.

13.3. Résiliation à l'échéance

La résiliation du contrat peut être demandée à la date anniversaire de la prise d'effet du contrat moyennant un préavis d'au moins deux mois.

13.4. Dénonciation pour modification des droits

Conformément à l'article L221-6 du Code de la mutualité, l'adhérent dispose, en cas de modification par la Mutuelle de ses droits et obligations, dans le cadre du contrat collectif à adhésion facultative auquel il est rattaché, d'un délai d'un mois à compter de l'information reçue, pour dénoncer son adhésion en raison de cette modification.

Sous peine d'irrecevabilité, l'adhérent doit signer sa demande de dénonciation et l'adresser au CENTRE DE GESTION, accompagnée le cas échéant d'un justificatif.

13.5. Faculté de résiliation anticipée

En cas de survenance d'un des événements suivants :

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

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification dans les conditions fixées par décret. Le CENTRE DE GESTION rembourse la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Sous peine d'irrecevabilité, l'adhérent doit signer sa demande de résiliation et l'adresser au CENTRE DE GESTION, accompagnée d'un justificatif.

13.6. Moyens de résiliation

Quel que soit le motif, l'adhérent doit adresser sa demande de résiliation au CENTRE DE GESTION ou à l'ORGANISME ASSUREUR par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité et notamment:

- par courrier postal à l'adresse figurant sur sa carte de tiers payant ;
- par courrier électronique à l'adresse suivante sante.contact@apivia-courtage.fr ;
- par déclaration au siège social d'Apivia Macif Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;

L'ORGANISME ASSUREUR confirmera par écrit avoir reçu la demande de résiliation de l'adhérent.

13.7. Conséquence de la résiliation sur les prestations

Aucune prestation ne peut être servie pour des soins effectués après la date de radiation. Dans le cas où l'assuré démissionnaire ou faisant l'objet d'une radiation pour non-paiement est redébile envers l'ORGANISME ASSUREUR d'une dette de quelque nature que ce soit, l'ORGANISME ASSUREUR est habilité de plein droit à opérer des retenues d'office sur les prestations auxquelles l'assuré peut prétendre jusqu'à due concurrence.

ARTICLE 14: OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

14.1. Ses garanties sont accordées à l'assuré à partir des informations qu'il s'engage à fournir de bonne foi en remplissant son bulletin d'adhésion. En cas de fausse déclaration et/ou de mauvaise foi avérée, le CENTRE DE GESTION ou l'ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit d'annuler purement et simplement l'adhésion, les cotisations versées lui restant acquises.

14.2. En cours de contrat l'assuré s'engage, à informer immédiatement le CENTRE DE GESTION, par courrier, par télexcopie, par courrier électronique -à l'exclusion d'appels téléphoniques- de la survenance de tous événements tels qu'un changement de nom, d'adresse, de situation matrimoniale, de coordonnées bancaires, de régime social, ou de la composition de la famille.

14.3. L'assuré (l'adhérent ou un bénéficiaire) qui cesse, pour quelque raison que ce soit, de bénéficier des garanties (contrat résilié, radiation de bénéficiaire), ne doit plus utiliser sa carte de tiers payant et s'engage à la détruire immédiatement, sous peine de poursuite.

ARTICLE 15: COTISATIONS

15.1. Détermination des cotisations

15.1.1. Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation globale représentant la somme des cotisations individuelles ou familiales dues par l'assuré, pour lui-même, et pour chacun des éventuels autres bénéficiaires du contrat.

Le tarif en vigueur de l'option choisie indique le montant des cotisations individuelles ou familiales en fonction de l'âge atteint et du lieu de domicile du souscripteur. Cet âge est déterminé par la différence entre le millésime de l'année de souscription et celui de l'année de naissance.

15.1.2. Dans le cadre d'une adhésion comportant la garantie d'un ou plusieurs enfants de l'adhérent principal ou de son conjoint, il n'est pas perçu de cotisation enfant à partir du 3^e.

15.1.3. Par dérogation à la règle de la Sécurité sociale, les enfants immatriculés ou non conservent le bénéfice de la tarification enfant jusqu'à leur vingtième anniversaire ou 25^e anniversaire (se reporter à l'article bénéficiaires). En suivant, ils sont considérés comme un adulte et adhérent à titre individuel à un produit de la gamme, ou s'ils le souhaitent, restent sous le couvert du contrat des parents, en payant une cotisation liée à leur âge, sans notion de gratuité.

15.1.4. La cotisation globale comprend la rémunération de l'entreprise d'assurance et ses intermédiaires versée sous forme de commissions.

15.2. Ajustement des cotisations

A chaque date anniversaire du contrat, lorsque l'assuré et/ou les autres bénéficiaires passent dans la tranche d'âge supérieure, les cotisations individuelles sont ajustées pour tenir compte du nouveau tarif applicable au nouvel âge atteint.

Elles évoluent contractuellement à chaque échéance anniversaire du contrat, en fonction de l'âge des assurés.

Les cotisations peuvent varier en cas de changement de domicile du souscripteur ou de l'assuré, dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

15.3. Augmentation des cotisations

A chaque date anniversaire du contrat, et en application des décisions de l'assemblée générale de l'ORGANISME ASSUREUR, les cotisations du contrat peuvent subir une augmentation en fonction de ses résultats techniques fondée sur la consommation médicale de l'ensemble des assurés, et/ou en fonction de la « consommation médicale totale par habitant » publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi.

L'augmentation des cotisations du contrat qui serait rendue nécessaire, soit consécutivement au changement des conditions de remboursements des régimes obligatoires, soit dans le prolongement de toute décision de l'Etat en matière légale ou fiscale, pourrait toutefois et pour sa part intervenir en cours d'année d'adhésion.

En cas de modification des remboursements du ou des régimes obligatoires, l'ORGANISME ASSUREUR se réserve toutefois le droit de maintenir les conditions de remboursement qui étaient les siennes avant ladite modification.

15.4. Paiement et fractionnement des cotisations

15.4.1. Les cotisations sont payables annuellement et d'avance, quinze jours avant le début de la période d'assurance. Les assurés reçoivent à chaque année d'assurance l'appel de cotisation correspondant, qui est affecté à la couverture des prestations complémentaires santé couvertes par les mutuelles dans les conditions prévues par l'article L111-1 du Code de la mutualité et par les organismes d'assurance pour les autres prestations souscrites par l'association ou l'ORGANISME ASSUREUR pour le compte de ses adhérents en conformité à l'article de ses statuts et à celui de l'article L221-3 du Code de la mutualité.

À ces cotisations s'ajoutent :

- Les impôts, taxes et contributions perçus par l'Etat ou par toutes autres collectivités publiques, et dont l'assiette est constituée des cotisations encaissées par les mutuelles et/ou, par les organismes d'assurance.
- Les cotisations spéciales destinées aux unions ou fédérations auxquelles adhèrent les organismes d'assurance, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.
- Les cotisations statutaires associatives.
- Les frais accessoires et éventuels frais de dossier.

15.4.2. Le paiement des cotisations peut toutefois être fractionné au semestre, au trimestre ou au mois. La première fraction de cotisation peut être réglée en espèces, au CENTRE DE GESTION, par chèque, par carte bancaire ou par prélèvement automatique sur un compte bancaire à la signature de l'adhésion dans le cadre d'une vente « en agence » dite « face à face » ou d'une vente à distance, si l'adhérent a demandé expressément l'exécution immédiate et intégrale de son contrat.

Dans le cadre d'une souscription hors établissement (à domicile), il est rappelé qu'il ne pourra être réclamé à l'adhérent aucun paiement ni aucune contrepartie, sous quelque forme que ce soit, avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de la conclusion du contrat hors établissement, conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la consommation.

Dans tous les cas, le CENTRE DE GESTION s'engage à ne pas prélever une quelconque cotisation avant l'extinction de tous délais légaux de renonciation.

Les autres fractions de cotisations sont payables d'avance par prélèvement bancaire au 5 au 10 ou au 15 de chaque périodicité mensuelle, trimestrielle, semestrielle, ou annuelle sans autre avis d'appel de cotisation, sauf après une modification changeant les cotisations. En cas de rejet du prélèvement pour provision insuffisante, le prélèvement pourra être représenté.

Si la date de réception du dossier ou le délai de rétractation ne permet pas le prélèvement de la 1^{ère} fraction de cotisation dans le mois de la prise d'effet du contrat, ce dernier s'effectuera dans le mois qui suit.

La même règle s'applique pour un fractionnement trimestriel, semestriel ou annuel des fractions de cotisations restant à couvrir avant la prochaine périodicité.

15.5. Défaut de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, le défaut de paiement d'une seule fraction dans les quinze jours de son échéance, entraîne l'exigibilité immédiate de l'intégralité de la cotisation annuelle.

Dans les conditions définies à l'article L 221-8 du Code de la mutualité et à l'article L 113-3 du Code des assurances, et à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les quinze jours de son échéance, et indépendamment du droit pour les organismes d'assurances de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, il est adressé à l'adhérent à son dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure l'informant que l'adhésion sera résiliée dans les quarante jours suivant la date d'envoi de cette lettre, si les cotisations restent impayées.

Suite aux prélèvements et à l'information par la banque d'un impayé ou d'un retard dans le paiement des cotisations, et au non-paiement des cotisations dans les délais qui lui sont impartis, l'assuré supportera les frais suivants :

- 10 euros pour un simple rappel ou le rejet du règlement par la banque pour motif imputable à l'assuré.
- 15 euros en cas de mise en demeure, auxquels il convient d'ajouter le coût d'un recommandé au moment de l'envoi (tarif fixé par les services postaux).
- Les frais de poursuite et de recouvrement suite à la résiliation du contrat.
- Une clause pénale égale à 20% du principal restant dû (cotisation et frais de recouvrement), auquel s'ajoutent les intérêts légaux.

En cas de procédure contentieuse, l'ensemble des frais de recouvrement, y compris ceux du prestataire pourront être demandés à la juridiction compétente.

ARTICLE 16: PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations mentionnées au contrat d'assurance est prescrite dans le délai de deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément aux articles L221-11, L221-12 et L221-12-1 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où l'ORGANISME ASSUREUR en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Membre Participant, de l'ayant droit contre l'ORGANISME ASSUREUR a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre Participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (demande en justice, reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie, mesure conservatoire ou acte d'exécution forcée)
- la désignation d'un expert
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'ORGANISME ASSUREUR ou le CENTRE DE GESTION à l'adhérent et ayant pour objet le règlement de la cotisation
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par le Membre Participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit et ayant pour objet le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 17: RÉCLAMATIONS auprès d'APIVIA

17.1. POUR LES GARANTIES SANTÉ ET LES SERVICES

Si vous souhaitez exprimer une insatisfaction, votre courtier ou votre conseiller est votre meilleur interlocuteur. Vous pouvez le joindre aux coordonnées habituelles.

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation :

- portant sur la gestion de votre contrat (mise à jour, cotisation, résiliation, annulation) à : Apivia Courtage – Service réclamation Santé - 108 rue Ronsard – CS 87323 –37073 TOURS Cedex 2, ou adresser un e-mail à : sante.reclamation@apivia-courtage.fr.
- portant sur le remboursement des prestations ou la prise en charge des soins à : Apivia Macif Mutuelle – Service Qualité - CS 30000 – 79077 NIORT Cedex 9.

Nous nous attacherons à traiter votre réclamation dans les meilleurs délais et au plus tard dans les délais réglementaires.

ARTICLE 18: MEDIATION

Si à l'issue de vos démarches, vous n'avez pas eu de réponse satisfaisante à vos réclamations, vous pouvez faire appel au Médiateur en lui écrivant à : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 ou en accédant à son site internet : www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur ne se déclarera compétent que si toutes les voies de recours internes ont été épousées.

ARTICLE 19: SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres assurés servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration du sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions de l'article L221-14 (nullité du contrat) ou de l'article L221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.

ARTICLE 20: SUBROGATION

L'ORGANISME ASSUREUR est subrogé de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

ARTICLE 21: COMPENSATION

En cas de restitution des sommes versées par les parties en application des présentes, Apivia Courtage est fondée à effectuer une compensation entre le remboursement des cotisations payées par l'adhérent et perçues par Apivia Courtage, d'une part, et le remboursement du règlement des prestations payées par Apivia Macif Mutuelle au bénéfice de l'adhérent, d'autre part.

Si le remboursement du règlement des prestations est inférieur au montant payé par l'Adhérent au titre de la cotisation, Apivia Courtage s'engage à rembourser le solde manquant. Au contraire, si le solde est supérieur, l'adhérent s'engage à rembourser le solde manquant à Apivia Macif Mutuelle.

ARTICLE 22: PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données recueillies feront l'objet de traitements par Apivia Macif Mutuelle, responsable de traitements, et son sous-traitant Apivia Courtage, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance. Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Nous vous informons que vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez vous opposer à la prospection commerciale, exercer vos autres droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles auprès du Délégué à la protection des données personnelles (DPO), en écrivant à DPO Apivia Courtage – 108 rue Ronsard – 37100 Tours ou par courrier électronique à dpo@apivia-courtage.fr.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Toutes les précisions sur la protection de vos données et notamment des destinataires sont accessibles sur le site internet de Macif : <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles>.

ARTICLE 23: AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'ORGANISME ASSUREUR et du CENTRE DE GESTION est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, 75436 PARIS CEDEX 09.



Le contrat **Sakifo®** sous marque Apivia est assuré par **Apivia Macif Mutuelle**, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS CEDEX 15.

Le contrat est distribué par le réseau d'Apivia Courtage - SAS au capital de 20.000.000 € - RCS Tours 490 625 662
- Siège social : 108 rue Ronsard 37100 Tours - ORIAS n° 09 051 617 (www.orias.fr). Exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.



Tableau de garanties / Sakifo³

Garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2023



Le tableau des garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise médicale annuelle de l'assuré, qui restent à sa charge, et dans la limite des dépenses engagées par l'assuré. Pour les actes hors parcours de soins, les remboursements de la mutuelle sont identiques en montants à ceux effectués dans le cadre du parcours de soins, à l'exception des dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge.

Hospitalisation

	1	2	3	4	5		
			3 premiers mois	Mois suivants	3 premiers mois	Mois suivants	
Honoraires médicaux et chirurgicaux (y compris maternité)							
Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (DPTAM*)	100%	150%	200%	200%	250%	200%	300%
Honoraires médicaux et chirurgicaux (y compris maternité)							
Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier (hors DPTAM*)	100%	125%	150%	150%	175%	150%	200%
Frais de séjour en établissement conventionné (y compris hospitalisation à domicile)	Frais réels						
Frais de séjour en établissement non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier Hospitalier	Frais réels						
Forfait patient Urgences	Remboursement intégral						
Chambre particulière (avec nuitée) :							
Chirurgie - Médecine - Maternité - <i>Durée illimitée</i>	-	30€ / jour	50€ / jour	50€ / jour	70€ / jour	50€ / jour	90€ / jour
Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation - <i>Durée limitée à 60 jours par an</i>	-	20€ / jour	30€ / jour	30€ / jour	40€ / jour	30€ / jour	50€ / jour
Frais d'accompagnant : <i>Limités à 30 jours par an</i>	-	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	20€ / jour	15€ / jour	30€ / jour
Frais de transport acceptés par le RO**	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Confort à l'hôpital (TV - Internet - Téléphone - Presse)							
<i>Dès la 1^{re} nuit d'hospitalisation⁽¹⁾ - Limité à 20 jours par séjour</i>	-	10€ / jour					
Forfait hospitalisation ambulatoire ⁽²⁾	-	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	20€ / jour	15€ / jour	30€ / jour
Frais de soins et de séjour à l'étranger	100%	100%	100%	110%	110%	130%	130%

Accident, hospitalisation urgente ou non (y compris en ambulatoire), maternité, pathologie lourde... Vous avez besoin d'aide ?

Votre garantie Assistance*** vous accompagne et vous apporte des solutions d'aide à la vie quotidienne : aide ménagère, fermeture du domicile quitté en urgence, garde d'animaux...

Optique (3)

Equipement 100% Santé ⁽⁴⁾ - Sans reste à charge	Remboursement intégral						
Equipement 2 verres simples + monture	100%	100€	150€	150€	200€	150€	300€
Equipement 2 verres complexes ou hypercomplexes + monture	100%	200€	250€	250€	300€	250€	400€
Equipement mixte (monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexe)	100%	150€	200€	200€	250€	200€	350€
Dont monture ⁽⁵⁾	100%	30€	50€	50€	100€	50€	100€
Lentilles de correction remboursables ou non par le RO** - Par an	100%	100€	150€	150€	200€	150€	250€
Intervention sur l'œil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires non remboursés par le RO** - Par œil et par an	-	100€	200€	200€	300€	200€	400€

Dentaire

Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁴⁾ - Sans reste à charge	Remboursement intégral						
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO**	100%	100%	100%	100%	125%	100%	150%
Prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO**	100%	125%	150%	150%	225%	150%	300%
BONUS FIDÉLITÉ (+25%)	Dès la 2 ^e année	125%	150%	175%	175%	250%	175%
	Dès la 3 ^e année	150%	175%	200%	200%	275%	200%
Orthodontie remboursée par le RO**	100%	125%	150%	150%	225%	150%	300%
Frais dentaires non remboursés par le RO** :							
Prothèses - Implants et soins dentaires							
<i>Montant par acte</i>	-	-	200€	200€	300€	200€	400€
<i>Nombre d'actes par an</i>	-	-	3 actes	3 actes ⁽⁶⁾	3 actes ⁽⁶⁾	3 actes ⁽⁶⁾	3 actes ⁽⁶⁾
Plafond dentaire (prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO**, orthodontie remboursée par le RO**, frais dentaires non remboursés par le RO**)	-	-	1 ^{re} année 750€ 2 ^{re} année 1200€ 3 ^{re} et suivantes 1500€	1 ^{re} année 750€ 2 ^{re} année 1200€ 3 ^{re} et suivantes 1500€	1 ^{re} année 1000€ 2 ^{re} année 1200€ 3 ^{re} et suivantes 1500€	1 ^{re} année 750€ 2 ^{re} année 1200€ 3 ^{re} et suivantes 1500€	1 ^{re} année 1000€ 2 ^{re} année 1200€ 3 ^{re} et suivantes 1500€

Aides auditives⁽⁷⁾

Equipement 100% Santé ⁽⁴⁾ - Sans reste à charge	Remboursement intégral						
Appareils auditifs ⁽⁸⁾ - Par oreille	100%	100% + 150€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 350€	100% + 200€	100% + 550€
Entretien - Piles - Accessoires - Par an	100%	100%	100% + 30€	100% + 30€	100% + 40€	100% + 30€	100% + 50€

Soins courants

Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie (DPTAM*)	100%	125%	150%	175%	175%	250%	250%
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie (hors DPTAM*)	100%	100%	125%	150%	150%	200%	200%
Analyses - Examens de laboratoire	100%	100%	130%	175%	175%	220%	220%
Consultations de psychologues remboursées par le Régime obligatoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux : Orthophonistes - Infirmiers - Kinésithérapeutes - Orthoptistes	100%	100%	130%	175%	175%	220%	220%
Médicaments et vaccins remboursés par le RO**	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical : Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires, tout appareillage, hors auditif et optique	100%	125%	150%	175%	175%	200%	200%
Frais de soins et de séjour à l'étranger	100%	100%	100%	110%	110%	130%	130%

	1	2	3	4	5	3 premiers mois	Mois suivants	3 premiers mois	Mois suivants
Médecines douces : Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture - Étiopathie - Homéopathie - Naturopathie - Podologie/pédicure - Diététicien/nutritionniste - Hypnose thérapeutique									
Montant par séance	-	20 € / séance	25 € / séance	25 € / séance	30 € / séance	25 € / séance	35 € / séance		
Nombre de séances par an	-	2 séances	3 séances	3 séances ⁽⁶⁾	4 séances ⁽⁶⁾	3 séances ⁽⁶⁾	5 séances ⁽⁶⁾		
Cures thermales prescrites remboursées par le RO** :									
Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement - Par an	-	100% + 50 € /an	100% + 50 € /an	100% + 50 € /an	100% + 100 € /an	100% + 50 € /an	100% + 150 € /an		
Dépistage et Prévention (actes non remboursés par le RO**) :									
Vaccins prescrits non pris en charge - Traitement antipaludéen pour les voyages - Substituts nicotiniques (en complément de la Sécurité sociale)	100 € / an	100 € / an	100 € / an	100 € / an	100 € / an	100 € / an	150 € / an		
- Médicaments de l'ostéoporose - Matériel de surveillance hypertension homologué ANSM - Par an									
(a) Souscription pour les adhérents jusqu'à 65 ans									
GARANTIE EN INCLUSION (a) : en cas de décès d'un adhérent jusqu'à 66 ans et de leurs enfants à charge fiscalement.							Forfait 1 000 €		
Extinction de la garantie : à la veille de la date anniversaire dans l'année des 66 ans des adhérents.									
OPTION COMPLEMENTAIRE (a)									
L'option permet de doubler le capital, soit une allocation obsèques de 2 000 € et d'être couvert durant toute la durée du contrat sans limite d'âge.							Doublement du capital versé		
Téléconsultation médicale	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Assistance santé*** vie quotidienne 24h/24 & 7j/7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Protection Juridique "Recours Médical"***	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Réseaux de soins	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Appli mobile : gestion compte adhérents / carte de tiers-paiant numérique	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Accompagnement en cas de maladies redoutées (10% réduction sur le site Oncovia)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Eligibilité Madelin	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Eligibilité Packs Optionnels	NON	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Ce contrat est un contrat responsable au sens de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale.

Les remboursements exprimés en pourcentage et en euros incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Les remboursements, forfaits (hors optique et aides auditives) limites et plafonds de garanties s'entendent par bénéficiaire et par an à compter de la date d'effet du contrat, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Dans tous les cas les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euro.

*Le DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé) rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés [OPTAM (pour les médecins de secteur 2), OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) et qui remplacent le dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS)].

**RO : Régime obligatoire

*** Les garanties d'assistance et protection juridique "Recours Médical" portées au contrat sont assurées auprès d'autres assureurs dont les mentions légales sont annexées aux conditions générales de l'offre remises à la souscription. Informations également disponibles sur votre espace adhérent apivia.fr.

(1) Les frais de confort à l'hôpital, sont pris en charge dans la limite de la dépense engagée lors de toute hospitalisation d'au moins 1 nuit. Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait hospitalisation à la journée. Prise en charge jusqu'à 20 jours par séjour, sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée à adresser au service prestations Apivia Macif Mutuelle - CS 30000 - 79077 Niort Cedex 9.

(2) Participation aux frais suivants en cas d'hospitalisation ambulatoire : chambre ambulatoire, repas, télévision, internet. Ce forfait est non cumulable avec le forfait "confort à l'hôpital". Le remboursement est effectué sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée.

(3) Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est possible réglementairement. Dans tous les cas, pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement. Le forfait attribué pour la monture selon les décrets en vigueur ne pourra pas excéder 100 €.

(4) Tels que définis réglementairement.

(5) Par exception, le forfait monture de 100 € correspond au remboursement de la mutuelle en incluant le remboursement de la Sécurité sociale.

(6) Pour les niveaux 4 et 5, les séances et les actes remboursés pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet du contrat seront déduits du nombre maximum de séances et d'actes remboursables par an, prévu pour les mois suivants.

(7) Depuis le 1^{er} janvier 2021, la prise en charge d'un équipement (1 appareil acoustique) est limitée à 1 équipement par oreille tous les 4 ans. Le point de départ de cette période par assuré correspond à la date de l'équipement.

(8) Conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge ne pourra pas dépasser 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le régime obligatoire.

Packs optionnels

Vous souhaitez renforcer vos garanties ? Souscrivez jusqu'à 3 packs optionnels avec les niveaux de garanties 2, 3, 4 et 5.
(Les packs Bien-être et Prévention ne peuvent pas être cumulés)

Hospitalisation & Honoraires



Dépassements d'honoraires :	
Ville/Hôpital (DPTAM* uniquement)	+ 50%
Chambre particulière (avec nuitée) : Montant par jour	+ 20 €
. Maladie - Chirurgie - Maternité	
. Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation.	
. Psychiatrie et assimilés (maxi 30 jours par an)	(9)
Amélioration frais accompagnant - Montant par jour	+ 15 €
Amélioration hospitalisation à la journée - Montant par jour	+ 30 €
Frais de soins et de séjour à l'étranger	+ 20%

Optique - Dentaire - Audio



Forfait lentilles remboursées et non remboursées par le RO** - Par an	+ 200 €
Intervention sur l'œil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires non remboursés par le RO**	
Par œil et par an	+ 200 €
Forfait protection lumière bleue (10) et	
Équipement basse vision /malvoyance - Par an	100 €
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO**	+ 100%
Parodontologie et Orthodontie non remboursées (11)	150 €
Remboursement audioprothèse classe 2 - Par oreille	+ 100 €

Bien-être & Prévention 1



Pack enfant (12) : Psychologue - Psychomotricien	
Par séance (maxi 3 séances)	30 €
Forfait médecines douces (13) - Par séance	+ 20 €
Pharmacie prescrite non remboursée et automédication (14) - Par an	50 €
Contraception prescrite non remboursée par le RO** - Par an	100 €
Allocation naissance ou adoption - Par enfant (15)	350 €
FIV / amniocentèse - Par an	200 €
Abonnement sportif : Licence, club, association et abonnement en salle de sport (16) - Par an	50 €

Bien-être & Prévention 2



Cures thermales - Par an	+ 200 €
Forfait médecines douces (13) - Par séance	+ 20 €
Pharmacie prescrite non remboursée et automédication (14) - Par an	50 €
Forfait prévention - Dépistage non pris en charge par le RO** : cancers (col de l'utérus, côlon, sein), du glaucome, troubles de l'audition - Par an	50 €
Abonnement sportif : Licence, club, association et abonnement en salle de sport (16) - Par an	50 €

Lexique : Les prises en charge s'entendent en complément (précédées par un +) ou en ajout et dans les limites prévues dans la garantie de base souscrite.

(9) Pour les frais de chambre particulière « psychiatrie et assimilés », le montant s'ajoute au montant pris en charge dans la garantie de base souscrite pour les frais de chambre particulière « rééducation fonctionnelle, maison de repos et de convalescence, soins de suite et de réadaptation » et dans la limite de 30 jours par an.

(10) Ce forfait prend en charge les équipements d'optique non correctifs anti-lumière bleue, sur présentation d'une facture acquittée.

(11) Dans la limite du nombre d'actes prévu dans la garantie de base souscrite sur le poste frais dentaires non remboursés par le RO**.

(12) Enfant inscrit au contrat dans la limite d'âge prévue aux conditions générales du contrat.

(13) Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, homéopathie, naturopathie, podologie/pédicure, diététicien/nutritionniste et hypnose thérapeutique.

(14) Automédication : pharmacie non prescrite non remboursée. (médicaments inscrits au répertoire VIDAL).

(15) Allocation naissance ou adoption : subordonnée à l'enregistrement de l'enfant au contrat et l'envoi du justificatif (naissance ou adoption) dans le mois qui suit l'événement.

(16) Remboursement sur présentation d'une licence ou d'un abonnement acquitté dont la date a débuté postérieurement à la prise de garantie.



NOTICE D'INFORMATION

Apivia Assistance Particuliers

Parce que certaines situations peuvent fortement perturber votre quotidien et nécessitent un accompagnement de proximité,

Apivia Assistance vous propose un service d'assistance adapté à vos besoins disponible 24h/24 et 7j/7.

0 970 820 692 ou (+33) 05 49 34 82 80

Les conditions générales présentées ci-après proposent des garanties d'assistance à domicile aux adhérents, bénéficiaires d'un contrat santé assuré par Apivia Macif Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et membre de la Mutualité Française, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 779 558 501, 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS Cedex 15, conformément à l'article L221-3 du Code de la mutualité.

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, ci-après dénommée IMA, société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NIORT sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

SOMMAIRE

Les conditions générales d'assistance

Garanties d'assistance à domicile	p 4
1 Conditions d'application des garanties d'assistance à domicile	p 4
2 Garanties dès la souscription	p 4
3 Garanties en cas d'hospitalisation imprévue ou programmée et en cas d'immobilisation imprévue ..	p 5
4 Garanties Famille en cas d'hospitalisation imprévue ou programmée et/ou d'immobilisation imprévue ..	p 7
5 Garanties liées à la maternité	p 8
6 Garanties liées à l'emploi.....	p 9
7 Garanties liées aux retraités et seniors	p 10
8 Garanties en cas d'évènement traumatisant	p 10
9 Garanties en cas de maladie redoutée	p 10
10 Garanties en cas de décès	p 11
11 Garanties en cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ..	p 11
12 Garanties en cas de déplacement	p 13
13 Garanties en cas d'hospitalisation : accompagnement pré et post hospitalisation	p 14

Garanties d'assistance Aide aux aidants	p 14
14 Bilan personnalisé.....	p 14
15 Formation de l'aide en cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé	p 16
16 Garanties maintien à domicile proposées en cas de survenance ou d'aggravation de perte d'autonomie de l'aidé	p 16
17 Garanties maintien à domicile proposées en cas d'installation de l'aidé chez l'aide ou de l'aide chez l'aidé	p 16
18 Garanties en cas de placement de l'aidé en institution..	p 17
Annexe	p 18
Conditions d'application des garanties d'assistance	p 19
Services e-s@nté Apivia	p 22
1 Site Internet Ma santé au quotidien.....	p 22
2 Prévention - Bien-Être.....	p 22
Conditions d'application des services e-s@nté Apivia	p 23
Définitions	p 24

GARANTIES D'ASSISTANCE à domicile

1 - CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE À DOMICILE

1.1. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
- de chirurgie ambulatoire,
- d'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation au domicile,
- de séjour prolongé à la maternité, de naissance multiple, de naissance grand prématuré ou de grossesse pathologique avec alitement,
- de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation,
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation,
- d'accident ou maladie invalidante,
- de décès,
- de perte d'emploi,
- d'évènement traumatisant,
- lorsque l'adhérent devient aidant ou aidé,
- en cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé,

dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2. INTERVENTION

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. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

1.2.1. Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 3, 4, 5, 10 et 11 doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent :

- une immobilisation au domicile,
- la sortie d'une hospitalisation,
- un décès.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

1.2.2. Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA, 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. En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle. IMA 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, IMA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA dans un DROM, elles sont prises en charge par IMA, en accord préalable avec elle, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

Les garanties en cas de décès s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de décès et constatées lors de l'évènement.

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

2 - GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION

2.1. CONSEIL SOCIAL

IMA organise et prend en charge jusqu'à **5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois** avec un travailleur social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le travailleur social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

2.2. INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français.

À titre d'exemple : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger.

3 - GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

3.1. AIDE À DOMICILE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours. Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

3.2. PRÉSENCE D'UN PROCHE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge en France le déplacement aller-retour d'un proche par train 1^{re} classe ou avion classe économique.

IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

3.3. SERVICES DE PROXIMITÉ

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 20 jours :

Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à une livraison par évènement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

Portage de repas

La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage*. La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons. Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent.

* sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.

Portage d'espèces

- Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile,
- OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 € lorsque ni l'adhérent ni son conjoint ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai de 30 jours.

Livraison de courses

La livraison d'une commande par semaine lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses. Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

Coiffure à domicile

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soins de coiffure. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par évènement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

3.4. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- la visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,

- la garde au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,
- la garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période maximale de 20 jours.

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge :

- la promenade du chien de l'adhérent par un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'intervention est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période maximale de 20 jours.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

3.5. FERMETURE DU DOMICILE QUITTÉ EN URGENCE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 heures afin de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette garantie comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets...
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques...
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo...

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié. Si nécessaire, IMA organise et prend en charge, dans la limite de 100 €, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

3.6. PRÉPARATION DU RETOUR AU DOMICILE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette garantie comprend :

- la réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,
- la mise en température du chauffage du logement,
- le ménage,
- les courses. Le coût des courses demeurant à la charge de l'adhérent.

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié. Si nécessaire, IMA organise et prend en charge, dans la limite de 100 €, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'hôpital et qu'il ait été missionné 48 heures avant cette sortie, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

3.7. TRANSFERT POST-HOSPITALISATION CHEZ UN PROCHE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1^{re} classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 € par trajet aller-retour.

3.8. TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA organise et prend en charge, **sur une période de 20 jours**, un transport non médicalisé aller-retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

4 - GARANTIES FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET/OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

4.1. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITÉ D'ÂGE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

Le transfert des enfants

Le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** réparties sur une période maximale de 20 jours.

4.2. GARDE DES FRÈRES ET SCEURS (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours d'un enfant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours d'un enfant.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants par :

- le déplacement aller-retour d'un proche,

- ou s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi ou vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** réparties sur une période maximale de 20 jours.

4.3. REMPLAÇANTE DE GARDE D'ENFANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de la garde salariée habituelle des enfants,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** réparties sur une période maximale de 20 jours.

4.4. CONDUITE À L'ÉCOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période maximale de 20 jours.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

4.5. CONDUITE AUX ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période maximale de 20 jours.

4.6. SOUTIEN SCOLAIRE À DOMICILE (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue de plus de 14 jours d'un enfant.

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour. Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours.

4.7. AIDE AUX DEVOIRS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, à raison de 2 heures par enfant et par semaine.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 20 jours.

4.8. PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, pour garder les ascendants au domicile.

Le transfert des ascendants chez un proche

Le déplacement aller-retour des ascendants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** réparties sur une période maximale de 20 jours.

5 - GARANTIES LIÉES À LA MATERNITÉ

5.1. AIDE À DOMICILE

À la naissance ou à l'adoption du premier enfant de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **4 heures** (2 heures minimum par intervention) dans les 20 jours qui suivent le retour au domicile.

En cas de :

- grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours,
- OU naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25^e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32^e semaine d'aménorrhée révolue),
- OU naissance multiple.

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours. Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

5.2. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITÉ D'ÂGE)

Les garanties sont acquises :

- en cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU en cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours,
- OU à la naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25^e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32^e semaine d'aménorrhée révolue),
- OU en cas de naissance multiple.

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

Le transfert des enfants

Le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** réparties sur une période maximale de 20 jours.

5.3. ACQUISITION DES GESTES 1^{ER} ENFANT

À la naissance ou à l'adoption du premier enfant de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge l'envoi d'un intervenant qualifié au domicile pour faciliter l'acquisition des gestes liés à la maternité.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 4 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 10 jours suivant le retour au domicile.

5.4. LIVRAISON DE MÉDICAMENTS

En cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucun proche n'est en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison dans les 20 jours qui suivent le retour au domicile. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

6 - GARANTIES LIÉES À L'EMPLOI

6.1. AIDE AU RETOUR À L'EMPLOI

En cas d'accident ou de maladie invalidante de l'adhérent ou de son conjoint rendant impossible l'exercice de l'emploi actuel.

IMA propose une aide au retour à l'emploi.

Selon la situation, l'accompagnement porte sur les domaines suivants :

- recueil de données et analyse de la situation professionnelle,
- informations, orientations et conseils dans les démarches liées à l'évolution et au changement de la situation

professionnelle, les acteurs et organismes compétents, préconisations relatives à l'aménagement du poste de conduite ou de travail, aide à la réflexion et à la décision...

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social et/ou un ergothérapeute, dans les 12 mois suivant l'évènement.

Si nécessaire, une aide à la recherche d'un nouvel emploi est proposée :

- Techniques de recherche d'emploi : comment rédiger un CV et une lettre de motivation, préparer une prospection téléphonique, préparer un entretien d'embauche.
- Prospection d'offres d'emploi : mise en ligne du CV du candidat sur le site internet d'un consultant en ressources humaines, accès aux offres Intranet de ce consultant.

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens individuels en face à face et 6 entretiens téléphoniques sur une durée de 8 mois.

L'aide à la recherche d'un emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par IMA auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.

En outre, la responsabilité d'IMA ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignement(s) communiqué(s).

6.2. BILAN D'EMPLOYABILITÉ

En cas de perte d'emploi

IMA met en œuvre un bilan employabilité lors duquel les thèmes suivants sont abordés :

Bilan du parcours du bénéficiaire

- Identifier les acquis professionnels
- Analyser le CV existant

Pré-diagnostic des compétences, valeurs et intérêts du bénéficiaire

- Analyser les principaux traits de personnalité
- Identifier les compétences aptitudes et freins
- Identifier les valeurs

Cette garantie de 3 heures maximum, est découpée en 2 fois 1 heure de face à face, 1 heure post bilan si nécessaire et d'un travail individuel de la part du bénéficiaire.

La garantie est limitée à une fois par an.

6.3. CONSEIL 1^{ER} EMPLOI

En cas de non activité 6 mois après l'obtention du diplôme.

IMA met en œuvre une aide au premier emploi se décomposant de la façon suivante :

- 1 RDV téléphonique,
- 2 RDV Skype de 45 min,

- une correction d'un CV et d'une lettre de motivation,
- Un suivi sur 45 jours.

L'aide au premier emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par IMA auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.

En outre, la responsabilité d'IMA ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignement(s) communiqué(s).

7 - GARANTIES LIÉES AUX RETRAITÉS ET SENIORS

7.1. COACHING CONDUITE

IMA prend en charge (hors urgence médicale), le coaching conduite senior afin d'accompagner les compétences des conducteurs en situation de conduite, de conforter les acquis et de mettre en confiance les conducteurs âgés avec un formateur post-permis. Un livret « Code senior » est remis à l'issue de la formation.

Cette garantie est limitée à une fois sur 12 mois.

7.2. COACH RETRAITE

Afin d'aborder sereinement le départ à la retraite de l'adhérent ou de son conjoint, IMA propose :

- une aide au choix de la date de départ à la retraite,
- une évaluation des impacts sur la vie économique, sociale et familiale,
- une aide à la formulation d'un nouveau projet de vie,
- des préconisations personnalisées,
- et une aide dans les démarches.

La garantie est limitée à 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social sur une période de 12 mois.

8 - GARANTIES EN CAS D'ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT

8.1. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'évènements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires.

IMA organise et prend en charge selon la situation :

- jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'évènement. La garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

9 - GARANTIES EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE

- En cas de déclaration, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,
- OU en cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,
- OU en cas d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

IMA organise et prend en charge les garanties ci-dessous à utiliser sur une période de 12 mois à compter de la survenance de l'évènement.

Dans l'attente de la réception du certificat médical, adressé sous pli confidentiel à l'attention des médecins d'IMA, des mesures conservatoires d'aide à domicile peuvent être mises en œuvre à concurrence de 6 heures sur une semaine. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation.

Ces garanties ne sont pas cumulables avec les garanties décrites aux points 3, 4 et 11.

9.1. ENVELOPPE DE SERVICES

IMA met à disposition du bénéficiaire une enveloppe de services limitée à 50 unités de consommation.

Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unité

9.2. TÉLÉASSISTANCE

IMA prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 90 jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessaire d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA, l'adhérent pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.

9.3. BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile.

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie). Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile.

9.4. SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA met en relation avec une structure du Groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du Code civil, dans la limite d'un dossier par événement.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge du bénéficiaire qui doit transmettre à la structure du Groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la copie de la facture acquittée.

La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

10 - GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant :

- *plus de 50 km du domicile et lors d'un déplacement d'une durée inférieure à 90 jours pour la garantie décrite à l'article 10.1,*
- *sans condition de franchise et de durée pour les garanties décrites aux autres articles.*

10.1. RAPATRIEMENT DE CORPS

IMA organise et prend en charge le transport du corps. Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France Métropolitaine si le domicile de l'adhérent est situé en France Métropolitaine, ou dans la collectivité de résidence si le domicile de l'adhérent est situé dans un DROM. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante (entrée de gamme) si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille.

10.2. AIDE À LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

IMA communique les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour aider les proches à organiser les obsèques.

10.3. AUTRES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend également en charge les garanties suivantes :

- aide à domicile(dans les conditions décrites à l'article 3.1),
- présence d'un proche (dans les conditions décrites à l'article 3.2),
- prise en charge des enfants (dans les conditions décrites à l'article 4.1),
- conduite à l'école et aux activités extrascolaires (dans les conditions décrites aux articles 4.4 et 4.5),
- prise en charge des descendants vivants au domicile (dans les conditions décrites à l'article 4.8),
- prise en charge des animaux domestiques (dans les conditions décrites à l'article 3.4).

11 - GARANTIES EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE COMPRENNANT UNE NUIT

11.1. AIDE À DOMICILE

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **10 heures** à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours. Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

11.2. PRÉSENCE D'UN PROCHE

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA organise et prend en charge le déplacement aller-retour d'un proche par train 1^e classe ou avion classe économique.

IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit

11.3. SERVICES DE PROXIMITÉ

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 10 jours.

Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à une livraison par événement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

Portage de repas

La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage*. La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent.

- * sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner.
- Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.

Portage d'espèces

- Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile,
- OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €,

lorsque ni l'adhérent ni son conjoint ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai de 30 jours.

Livraison de courses

La livraison d'une commande par semaine lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses. Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

Coiffure à domicile

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soins de coiffure. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par événement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

11.4. TRANSFERT CONVALESCENCE CHEZ UN PROCHE

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation. Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1^{re} classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 € par trajet aller-retour.

11.5. TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA organise et prend en charge, sur une période maximale de 10 jours, un transport non médicalisé aller-retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

11.6. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITÉ D'ÂGE)

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

Le transfert des enfants

Le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **10 heures** réparties sur une période maximale de 10 jours.

11.7. GARDE DES FRÈRES ET SŒURS (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit d'un enfant et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants par :

- le déplacement aller-retour d'un proche,
- OU s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi ou vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **10 heures** réparties sur une période maximale de 10 jours.

11.8. CONDUITE À L'ÉCOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 2 semaines.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

11.9. CONDUITE AUX ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 2 semaines.

12 - GARANTIES EN CAS DE DÉPLACEMENT

12.1. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance déplacement s'appliquent en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible d'un bénéficiaire survenu lors d'un déplacement.

12.2. INTERVENTION

Les garanties s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement. IMA 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.

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

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

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle. **IMA ne participe 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, IMA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

12.3. ASSISTANCE AUX PERSONNES

12.3.1. Rapatriement médical

Lorsque les médecins d'IMA, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident du rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA organise et prend en charge le retour du patient à son domicile ou dans un hôpital adapté proche de son domicile.

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins d'IMA, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé.

Si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, IMA organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires à leur domicile.

Lorsque le rapatriement concerne un enfant de moins de 16 ans non accompagné, IMA organise et prend en charge systématiquement le voyage aller-retour d'un proche, afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement. Lorsque le voyage d'un proche est impossible, IMA fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

12.3.2. Attente sur place d'un accompagnant

Lorsque le bénéficiaire, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de 10 jours, IMA organise et prend en charge l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement pour 10 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

12.3.3. Prolongation de séjour pour raisons médicales

Lorsque des soins ont été dispensés à un bénéficiaire et qu'il n'est pas jugé transportable vers son domicile par les médecins d'IMA, alors que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation, IMA organise et prend en charge son hébergement pour 10 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

12.3.4. Voyage aller-retour d'un proche

Lorsque le bénéficiaire, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours et qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA organise et prend en charge le transport aller-retour d'un proche pour se rendre à son chevet, ainsi que son hébergement pour 10 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

12.4. FRAIS MÉDICAUX ET D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER

IMA, en complément des prestations dues par les organismes sociaux français, prend en charge, déduction faite d'une franchise de 30 €, les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place à concurrence de 10 000 € par bénéficiaire, sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie. Ce plafond est ramené à 80 € pour les soins dentaires. Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins d'IMA et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable. Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux,

GARANTIES D'ASSISTANCE aide aux aidants

ces frais médicaux et d'hospitalisation font l'objet d'une avance. Le bénéficiaire s'engage :

- à effectuer, dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés et à transmettre à IMA les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus,
- à reverser sans délai à IMA les remboursements dont il a bénéficié à hauteur de la somme avancée par IMA.

13 - GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION : ACCOMPAGNEMENT PRÉ ET POST HOSPITALISATION

IMA propose au bénéficiaire un accompagnement personnalisé avant et après une hospitalisation avec :

Un parcours personnalisé en ligne

Le parcours est accessible depuis votre espace adhérent :

www.apivia.fr

Le site propose un parcours personnalisé en ligne avec des conseils avant l'intervention, puis au retour au domicile.

Un accompagnement par la plateforme médico-sociale

L'accompagnement est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques avec une infirmière diplômée d'état sous la responsabilité d'un médecin. Il permet de faire le point avec l'adhérent, lui apporter des conseils adaptés à sa situation et de répondre à ses questions. Il est composé :

- d'un appel avant l'intervention pour bien préparer son hospitalisation et anticiper sa sortie : anesthésie, formalités, gestion de l'anxiété, règles d'hygiène et d'alimentation, aides nécessaires au retour au domicile...
- d'un appel au retour au domicile pour favoriser un bon rétablissement : surveillance des principaux signes cliniques et symptômes (douleur, fièvre, cicatrice, nausées...), compréhension des ordonnances de sortie et mise en place de son suivi médical, reprise des activités quotidiennes...
- et si l'infirmière l'estime opportun, d'un suivi allant jusqu'à 3 entretiens téléphoniques avec l'infirmière.

Le service est ouvert dès l'annonce de l'hospitalisation, et jusque dans les 30 jours suivant le retour au domicile.

Le service est accessible du lundi au samedi, hors jours fériés.

L'accompagnement téléphonique sera uniquement délivré au bénéficiaire hospitalisé. Toutefois en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 18 ans, il pourra l'être à l'un de ses parents ou représentants légaux.

14 - BILAN PERSONNALISÉ

Ces garanties s'appliquent sur appel de l'aîné ou de l'aîné.

14.1. RECHERCHE MÉDECIN, INFIRMIER, INTERVENANT PARAMÉDICAL

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA communique les coordonnées d'un médecin.

De la même façon, IMA peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'un infirmier ou des intervenants paramédicaux.

14.2. INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, perte d'autonomie, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique (tutelle, curatelle, assurance choix d'une structure d'accueil, allocation personnalisée d'autonomie...).

14.3. INFORMATIONS MÉDICALES

Une équipe médicale communique des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- Perte d'autonomie : attitudes préventives pour prévenir les chutes, conseils sur la santé et informations sur les risques médicaux.
- Conseils et prévention en matière de voyage, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation.
- Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratique de sports à risques.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

14.4. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

IMA organise et prend en charge selon la situation :

- jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est accessible 24h/24.

14.5. BILAN PERSONNALISÉ

IMA organise et prend en charge un bilan personnalisé réalisé par un travailleur social. Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'aidé en prenant en compte sa ou ses problématiques.

- Réalisation d'un diagnostic pour identifier les besoins et repérer les points de vigilance,
- aide à la réflexion et à la décision,
- envoi d'une note de synthèse,
- si nécessaire, un suivi téléphonique sur 6 mois peut être proposé pour la coordination et la mise en œuvre du plan d'actions.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement. Cette garantie est limitée à 2 bilans sur 12 mois.

À l'issue de ce bilan et si la situation le nécessite, deux accompagnements complémentaires sont mis en place parmi la liste de garanties ci-dessous :

- nutrition prévention santé,
- bilan situationnel au téléphone par un ergothérapeute,
- bilan mobilité,
- accompagnement budgétaire,

14.6. NUTRITION PRÉVENTION SANTÉ

Chaque bénéficiaire peut solliciter, une fois sur une période de 12 mois, des conseils diététiques par téléphone, du lundi au vendredi, de 9h à 17h hors jours fériés, plus particulièrement :

- pour prévenir les risques liés à l'alimentation : dénutrition, problèmes de déglutition, de mastication...
- des conseils et des réponses aux questions sur les déséquilibres alimentaires chez les personnes dépendantes et le maintien du plaisir de manger...

Un bilan nutritionnel peut être réalisé, à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social.

14.7. BILAN SITUATIONNEL AU TÉLÉPHONE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA organise et prend en charge un bilan téléphonique avec un ergothérapeute.

Cette garantie prend en compte l'évaluation à distance de la situation de la personne dans son lieu de vie. Elle répond aux besoins des personnes pour lesquelles une intervention rapide est souhaitée pour une problématique très ciblée (entrer et sortir de la baignoire, utiliser son véhicule...), ne nécessitant pas une intervention sur site.

Elle comprend :

- Le recueil des éléments de contexte sur la situation de la personne : personne en situation de fragilité, sortie d'hospitalisation, de SRR (soins de suite et de réadaptation),

immobilisation temporaire, handicap ou dépendance, situation d'aidant...

- Le recueil des données relatives aux capacités du bénéficiaire, aux habitudes de vie, à l'environnement matériel, architectural et humain, à l'organisation en place.

Cette évaluation est complétée par des conseils et si besoin des préconisations sur les aides techniques, les possibilités d'aménagement, les orientations vers le réseau local (associations locales...)...

À la fin de ce bilan, une note faisant état des solutions et préconisations évoquées au téléphone est adressée au bénéficiaire et/ou ses proches : documentations, illustrations, information sur les coûts... pour permettre la mise en œuvre effective.

Cette prestation répond à la problématique du bénéficiaire direct et à celle de ses aidants non professionnels à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance des personnes aidées et à faciliter la relation d'aide des personnes aidantes dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne. Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social

14.8. BILAN MOBILITÉ

IMA organise et prend en charge un bilan pour le binôme aidant/aidé une fois sur une période de 12 mois.

Cette garantie effectuée par un éducateur en activité physique adaptée prend en compte :

- un bilan d'1h30 au domicile du bénéficiaire avec notamment des propositions d'exercices à faire chez soi pour préserver son capital santé, un bilan des capacités d'équilibre et de marche pour l'aidé ou l'évaluation des capacités physiques générales...
- un accès illimité à des cours collectifs pendant un trimestre.

La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social.

14.9. ACCOMPAGNEMENT BUDGÉTAIRE

IMA propose d'analyser le budget familial, de fixer des objectifs pour le rééquilibrer, de réaliser une série de recommandations adaptées à la situation globale de l'adhérent et de son conjoint, de mettre à disposition des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour le suivi du budget.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 6 entretiens téléphoniques avec un conseiller en économie sociale et familiale sur 12 mois.

La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social.

15 - FORMATION DE L'AIDANT EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ

15.1. FORMATION DE L'AIDANT

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile (2 interventions de 2 heures) afin de faciliter le quotidien de l'aideur grâce à :

- l'étude de l'organisation du quotidien,
- l'aide à l'acquisition des gestes et postures dans la vie quotidienne et la manutention de personnes (lever, toilette, habillage...),
- l'apprentissage de matériels spécifiques, appareillages, aides techniques,
- l'acquisition des savoir-être et savoir-faire nécessaires pour accompagner et vivre avec des personnes présentant des troubles cognitifs de type démence, cérébro-lésion (aider à gérer la fatigabilité, éviter l'apparition des « troubles du comportement », communiquer plus efficacement...),
- des conseils pour favoriser la pérennité de la relation d'aide harmonieuse.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

16 - GARANTIES MAINTIEN À DOMICILE PROPOSÉES EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ

16.1. BILAN SITUATIONNEL AU DOMICILE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aideur ou de l'aideur si l'aideur vit chez l'aideur.

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie : évaluation des capacités de la personne, de ses habitudes de vie, de l'organisation en place, de son environnement (équipements, cadre bâti, environnement humain...). Cette évaluation est complétée par l'envoi d'un rapport consignant et illustrant les solutions proposées pour en permettre la mise en œuvre (nouvelle organisation, équipements, croquis des aménagements éventuels, informations sur les coûts, documentation et adresses de proximité).

Cette garantie répond à la problématique de l'aideur et à celle de l'aideur non professionnel à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance de la personne aidée et à faciliter la relation d'aide de la personne aideuse dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

16.2. SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA se met en relation avec une structure du Groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du Code civil, dans la limite d'un dossier par évènement.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge de l'aideur ou de l'aideur qui doit transmettre au Groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.

Cette garantie est limitée à 1 dossier par évènement et doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

16.3. TÉLÉASSISTANCE

IMA prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 90 jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA, l'aideur ou l'aideur pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

17 - GARANTIES MAINTIEN À DOMICILE PROPOSÉES EN CAS D'INSTALLATION DE L'AIDÉ CHEZ L'AIDANT OU DE L'AIDANT CHEZ L'AIDÉ

17.1. BILAN SITUATIONNEL AU DOMICILE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aideur ou de l'aideur si l'aideur vit chez l'aideur.

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans

son lieu de vie : évaluation des capacités de la personne, de ses habitudes de vie, de l'organisation en place, de son environnement (équipements, cadre bâti, environnement humain...). Cette évaluation est complétée par l'envoi d'un rapport consignant et illustrant les solutions proposées pour en permettre la mise en œuvre (nouvelle organisation, équipements, croquis des aménagements éventuels, informations sur les coûts, documentation et adresses de proximité).

Cette prestation répond à la problématique de l'aidé et à celle de l'aidant non professionnel à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance de la personne aidée et à faciliter la relation d'aide de la personne aidante dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

17.2. SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA se met en relation avec une structure du Groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du Code civil, dans la limite d'un dossier par évènement.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé qui doit transmettre au Groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.

Cette garantie est limitée à 1 dossier par évènement et doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

17.3. AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

IMA communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

17.4. NETTOYAGE DU LOGEMENT QUITTÉ

IMA organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté dans la limite de 500 €, dans les 24 mois suivant l'évènement.

18 - GARANTIES EN CAS DE PLACEMENT DE L'AIDÉ EN INSTITUTION

18.1. AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

IMA communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

18.2. NETTOYAGE DU LOGEMENT QUITTÉ

IMA organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté dans la limite de 500 €, dans les 24 mois suivant l'évènement.

ANNEXE

enveloppe de services en cas de maladie redoutée visée à l'article 9.1

Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

ENVELOPPE DE SERVICES POUR ADULTE	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Aide à domicile	1 heure	1 unité
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	6 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	4 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	2 unités
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités

ENVELOPPE DE SERVICES POUR ENFANT	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Garde d'enfant malade	1 heure	2 unités
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	6 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité

* Déplacement par train 1^{re} classe ou avion classe économique.

Hébergement dans la limite de 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

** Dans un rayon de 50 km.

La valeur unitaire des garanties de l'enveloppe de services est susceptible d'être modifiée en cas de revalorisation tarifaire des garanties. En cas de modification, l'enveloppe actualisée vous sera transmise.

CONDITIONS D'APPLICATION des garanties d'assistance

**IMA intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant
des bénéficiaires aux numéros suivants :**
0 970 820 692 ou (+33) 05 49 34 82 80

TERRITORIALITÉ

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre), et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Guyane et Réunion). Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine,
- si le domicile de l'adhérent est situé dans un DROM, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'adhérent.

Les garanties décès s'appliquent pour tout décès survenu tant en France qu'à l'étranger.

Les garanties déplacement sont accordées pour tout déplacement à but touristique ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours :

- en France à plus de 50 km du domicile, à l'exception de la garantie Frais Médicaux et d'hospitalisation acquise uniquement à l'étranger,
- à l'étranger sans franchise kilométrique.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

La mise en œuvre des garanties Aide aux aidants est soumise à la transmission :

- d'un justificatif de perte d'autonomie de l'aidé,
- d'un nouveau justificatif de perte d'autonomie de l'aidé en cas d'aggravation de la situation.

IMA se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des autres garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...) ainsi que l'envoi d'une attestation de l'employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

INFRACTION

IMA ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un évènement garanti entraîne la perte du droit à garantie.

FORCE MAJEURE

IMA ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'évènements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

REFUS DU BÉNÉFICIAIRE

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à la situation, IMA étant dégagée de toute obligation. En aucun cas, IMA ne peut être tenue au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

EXCLUSIONS

EXCLUSIONS POUR L'ASSISTANCE DOMICILE

- a) Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :
- dans des établissements et services psychiatriques, gérontologiques et gériatriques,
 - liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
 - liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcool ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

b) Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

Les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.

Les décès consécutifs :

- à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,
- à la pratique, à titre professionnel, de tout sport,
- à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée,
- à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallyes, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
- à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des

attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes,

- à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance),
- aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

EXCLUSIONS POUR L'ASSISTANCE DEPLACEMENT

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- Les affections ou lésions n'empêchant pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement et dont le traitement peut être différé à son retour,
- Les maladies chroniques, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutal ou proche,
- Les convalescences et affections en cours de traitement et non encore guéries au moment du déplacement,
- Les événements, et leurs conséquences, survenus lors de la pratique de sports à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition.
- Les soins externes (toutes consultations ou tous examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement, soins optiques réalisés en cabinet ou en établissement hospitalier public ou privé, sans hospitalisation),
- Les frais médicaux engagés en France,
- Les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal, sauf complication imprévue,
- Les frais de repas autres que le petit-déjeuner, ainsi que les frais de téléphone et de bar en cas d'hébergement pris en charge par IMA au titre des garanties,
- Les frais de transports primaires, de secours d'urgence et les frais de recherche,
- Les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé ainsi que les déplacements pour greffe d'organe.

La preuve de l'exclusion incombe à IMA.

VIE DU CONTRAT

DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat santé souscrit auprès d'Apivia Macif Mutuelle.

RÉSILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès d'Apivia Macif Mutuelle pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA en a eu connaissance,**

2) en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA 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 les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance non équivoque par IMA du droit à garantie des bénéficiaires,**
- la demande en justice, même en référé,**
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.**

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, IMA et les bénéficiaires 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.

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises en œuvre, ou la relation avec IMA au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires doivent contacter en premier lieu leur interlocuteur habituel.

En second lieu et à défaut de solution, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09.

Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables de sa réception, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

En dernier recours, si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur ou en l'absence de réponse dans le délai réglementaire, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies feront l'objet de traitements par Apivia Macif Mutuelle, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance. Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vos données pourront également être traitées dans le cadre des activités de prospection et gestion commerciales d'Apivia Macif Mutuelle et des entités de son Groupe (Aéma Groupe). Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Nous vous informons également que tout consommateur peut s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez vous opposer à la prospection commerciale, exercer vos autres droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles sur le site <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles> depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à MACIF, Direction Générale – Protection des Données Personnelles, 1 rue Jacques Vandier, 79000 NIORT ou directement auprès du distributeur de votre contrat.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Toutes les précisions sur la protection de vos données et notamment les destinataires sont accessibles dans la rubrique donnée personnelles sur notre site : <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles>.

SERVICES e-s@nté Apivia

**En complément des garanties d'assistance,
Apivia Macif Mutuelle propose les services e-s@nté
par l'intermédiaire d'IMA SERVICES.**

1 - SITE INTERNET MA SANTÉ AU QUOTIDIEN

IMA SERVICES met à disposition de l'adhérent un site Internet accessible à partir de l'adresse suivante :

www.apivia.fr

via un accès sécurisé et illimité 24h/24 et 7j/7. Lors de la première connexion, il sera demandé le nom, prénom et numéro de l'adhérent.

Le site propose :

- une information générale sur les garanties d'assistance,
- des contenus sur les grands principes de la prévention,
- un suivi de ses vaccins, examens et dépistages : recommandations générales et rappel des prochaines échéances santé.

2 - PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE

IMA SERVICES propose d'informer et de conseiller le bénéficiaire pour l'aider à adopter des comportements bénéfiques pour sa santé et son bien-être en améliorant ses habitudes de vie. Cela se traduit par :

Une évaluation et des conseils personnalisés en ligne

Les contenus sont accessibles depuis le site Internet cité à l'article précédent.

Le site propose au bénéficiaire :

- une évaluation globale pour faire le point sur son bien-être et sa santé,
- des contenus personnalisés selon son profil : alimentation, activité physique, sommeil, stress, tabac...

Un coaching motivationnel par la plateforme médico-sociale

Le coaching motivationnel est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques avec une infirmière diplômée d'état sous la responsabilité d'un médecin. Il est réalisé dans le cadre d'appels programmés dont le nombre est fonction du profil du bénéficiaire, et peut aller jusqu'à 4 appels durant une période de 6 mois.

Les principales thématiques traitées sont : le suivi santé, l'activité physique, les règles hygiéno-diététiques, le stress, le tabac, visant à prévenir l'apparition ou à maîtriser les facteurs de risques, des conseils adaptés aux principales maladies chroniques ainsi qu'aux fragilités liées au vieillissement...

Le service est accessible du lundi au samedi, hors jours fériés.

CONDITIONS D'APPLICATION des services e-s@nté Apivia

IMA SERVICES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires aux numéros suivants :
0 970 820 692 ou (+33) 05 49 34 82 80

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

INTER MUTUELLES ASSISTANCE SERVICES, société par actions simplifiée au capital de 3 553 329 €, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NIORT sous le numéro 430.336.552, collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de l'exécution de du contrat et suite au recueil du consentement du bénéficiaire :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat,
- des données relatives à la situation familiale,
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres,
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices,
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les prestations d'assistance,
- des données relatives aux habitudes de vie, à la condition physique et la santé aux fins de mise en œuvre du programme d'accompagnement personnalisé pour lesquelles le bénéficiaire a donné son consentement.

Ces données sont utilisées par IMA SERVICES pour :

- la passation des contrats,
- la gestion des contrats,
- l'exécution des contrats,
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux,
- les opérations relatives à la gestion des clients concernant un programme de fidélité et le suivi de la relation client, notamment la passation d'enquête de satisfaction,
- les opérations de prospection téléphonique et par courrier,
- la lutte contre la fraude,
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Avec le consentement du bénéficiaire, ces données peuvent être utilisées à des fins de prospection électronique afin de lui proposer des produits équivalents ou complémentaires à la garantie d'assistance.

Elles sont susceptibles d'être transmises à ses partenaires intervenant dans la mise en œuvre des services auxquels le bénéficiaire a droit. Elles peuvent être accessibles ou transmises aux administrateurs habilités de l'hébergeur en cas d'opérations d'administration et de maintenance du portail ainsi qu'à la société HEALTHWAYS, sous forme anonymisée, aux fins d'études statistiques. Les données ne sont en aucun cas cédées à un tiers à des fins commerciales. Les données enregistrées sur l'espace personnel digitalisé (agenda, carnet de vaccination...) ne sont accessibles à personne, à l'exception des administrateurs habilités de l'hébergeur en cas d'opérations d'administration et de maintenance du portail.

Des enregistrements des conversations téléphoniques avec la plateforme médico-sociale sont susceptibles d'être effectués par IMA SERVICES pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Ces enregistrements sont destinés aux seules personnes habilitées par le Responsable de Traitement. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 NIORT / dpo@ima.eu. Dans ce cas, le bénéficiaire ne peut plus bénéficier des services proposés.

Les données sont conservées chez un hébergeur de données de santé agréé par l'ASIP (la société NETPLUS) pour toute la durée du contrat ; elles sont ensuite archivées pendant la durée de la prescription.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime ainsi du droit de définir des directives relatives au sort de ses données contenues dans son espace personnel après sa mort. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès d'IMA SERVICES, aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 NIORT – dpo@ima.eu.

Dans ce cadre, le bénéficiaire peut demander à tout moment la suppression de son espace personnel et des données qui s'y trouvent. Une telle suppression est définitive, IMA SERVICES ne conservant pas les informations et documents stockés dans cet espace dédié.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la notice, les termes ci-après doivent être entendus avec les acceptations suivantes :

ACCIDENT CORPOREL

Évènement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

ACCIDENT OU MALADIE INVALIDANTE

Accident ou maladie entraînant un taux de déficit fonctionnel supérieur ou égal à 60 % constaté par expertise médicale.

ADHÉRENT

Adhérent ayant souscrit un contrat « Vitamin' », « Sakifo » ou « Vitalité » auprès d'Apivia Macif Mutuelle.

AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Modification de l'état de dépendance d'une personne attestée par :

- le changement de catégorie de l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH),
- ou l'évolution des droits pour la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- ou le changement de classement GIR de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

AIDANT

L'adhérent qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche et qui n'est pas salarié pour cette aide.

AIDÉ

Le proche dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

ANIMAUX DOMESTIQUES

Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquets, perruches, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'Inde, gerbilles, écureuils de Corée).

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Pour l'assistance à domicile et en déplacement

L'adhérent ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs.

Pour l'assistance à l'adhérent aidant

L'adhérent auprès d'Apivia Macif Mutuelle et l'aidé si l'adhérent est en situation d'aider.

BÉNÉFICIAIRES DES SERVICES E-S@NTÉ

L'adhérent ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants de plus de 18 ans et ascendants directs.

CENTRE DE CONVALESCENCE

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, n'incluant pas de nuit d'hospitalisation.

DOMICILE

Pour l'assistance à domicile et en déplacement

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

Pour l'assistance à l'adhérent aidant

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'aidant ou de l'aidé en France.

Ne sont pas assimilés au domicile les établissements, médicalisés ou non, ayant pour vocation d'accueillir des personnes en perte d'autonomie.

FRANCE

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

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précédent.

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

IMMOBILISATION

L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précédent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

INTERVENTION CHIRURGICALE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'hospitalisation.

LISTE DES PATHOLOGIES LOURDES

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA.

MALADIE

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue

Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée

Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

PERTE D'AUTONOMIE

État d'une personne qui relève des droits :

- à l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6,
- ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

PROCHE

Pour l'assistance à l'adhérent aidant

Ascendant direct, conjoint de droit ou de fait, descendant direct. Toute personne vivant au domicile de l'adhérent.



Les conditions générales présentées ci-après proposent des garanties de protection juridique « recours médical », dans les conditions définies ci-dessous, aux adhérents ayant souscrit un contrat auprès d'Apivia Macif Mutuelle.

Les garanties sont assurées par MATMUT PROTECTION JURIDIQUE, société ayant reçu agrément par arrêté du 1^{er} octobre 1999 pour pratiquer les opérations correspondant à la branche 17 (protection juridique) mentionnée à l'article R.321-1 du Code des Assurances. Société anonyme au capital de 7 500 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des Assurances N° 423 499 391 RCS ROUEN. Siège Social - 66 Rue de Sotteville - 76100 ROUEN.

SOMMAIRE

Les conditions générales de protection juridique

Garanties et conditions d'application Protection Juridique « Recours Médical ».....	p 26
1 L'objet du contrat	p 27
2 Les litiges ou différends garantis.....	p 27
3 Les services dont vous bénéficiez.....	p 27
4 Les exclusions générales.....	p 27
5 La mise en œuvre de la garantie et les modalités d'intervention.....	p 27
6 La subrogation.....	p 29
7 La prescription.....	p 29
8 L'arbitrage	p 29
9 Le traitement des réclamations	p 29
10 L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance	p 30
11 La protection des données personnelles	p 30
Annexe	p 32
Définitions	p 33

GARANTIES ET CONDITIONS D'APPLICATION

Protection Juridique « Recours Médical »

**Matmut Protection Juridique intervient du lundi au vendredi,
de 8h à 18h à la suite d'appels émanant des bénéficiaires
aux numéros suivants :**

0 970 820 692 ou (+33) 05 49 34 82 80

1 - L'OBJET DU CONTRAT

Il est destiné à vous permettre de bénéficier d'une garantie de Protection Juridique « Recours Médical » dans les conditions visées à la présente notice d'information.

2 - LES LITIGES OU DIFFÉRENDS GARANTIS

La garantie de Protection Juridique « Recours Médical » vous est acquise en cas de litige ou de différend vous opposant à un tiers et résultant d'un accident médical susceptible :

- de répondre à la qualification d'aléa thérapeutique,
- d'engager la responsabilité d'un hôpital, d'une clinique, du corps médical, paramédical ou pharmaceutique, d'une entreprise de transport sanitaire agréée, d'un producteur, exploitant ou distributeur de produits de santé et s'étant produit :
 - durant la période où vous conservez la qualité d'assuré,
 - et pendant la durée du contrat collectif d'assurance de Protection Juridique nous liant à la Mutuelle,
 - et en France Métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et en Principauté de Monaco.

3 - LES SERVICES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ

Nous mettons à votre disposition :

- **un service d'Assistance Juridique par téléphone** qui répond aux questions **d'ordre juridique** que vous posez, vous informe sur vos droits, vous apporte une aide afin de prendre une décision et de trouver une solution à vos problèmes,
- **un service d'Assistance Juridique** sur rendez-vous lorsqu'un examen particulier de votre situation est nécessaire,
- **un service de gestion des sinistres** qui prend les mesures utiles afin de faire valoir vos droits à l'amiable et, au besoin, vous donne les moyens d'en poursuivre l'exercice en justice.

4 - LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Sont exclus les litiges ou différends :

- dont les éléments constitutifs étaient connus de vous antérieurement à votre adhésion à la Mutuelle ou à la date de prise d'effet du présent contrat collectif d'assurance de Protection Juridique,
- dont la déclaration est postérieure à la date à laquelle vous avez perdu la qualité d'assuré ou à la date à laquelle le contrat collectif de Protection Juridique a cessé ses effets,
- relatifs à la responsabilité médicale des entreprises d'assistance,
- ayant un intérêt financier inférieur à 150 € ou nécessitant une intervention devant les tribunaux lorsque la somme, en principal, à récupérer ou à payer est inférieure à 760 €,
- relevant :
 - du Conseil d'État ou de la Cour de Cassation et ayant un intérêt financier inférieur à 3 000 €,
 - d'instances communautaires et/ou internationales,
- portant sur les questions prioritaires de constitutionnalité.

5 - LA MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE ET LES MODALITÉS D'INTERVENTION

QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS DE LITIGE OU DIFFEREND GARANTI ?

Dès que vous avez connaissance d'un litige ou d'un différend, vous devez :

**TÉLÉPHONER AU 0 970 820 692
(numéro non surtaxé)
du lundi au vendredi de 8 h à 18 h**

Ce numéro vous permet d'accéder à une équipe de juristes par téléphone qui répond aux questions d'ordre juridique que vous posez, vous informe sur vos droits ou vos obligations. Si nécessaire, vous pourrez bénéficier d'un rendez-vous avec un juriste.

Vous pouvez également :

FAIRE UNE DÉCLARATION PAR ÉCRIT

Cette déclaration doit être effectuée, au plus tard dans les 5 jours ouvrés courant à partir de la date à laquelle vous en avez eu connaissance, à **Matmut Protection Juridique**, TSA 60047, 76729 ROUEN Cedex.

Vous devez :

- nous communiquer l'intégralité des renseignements et documents se rapportant au litige ou différend déclaré, notamment un résumé des faits, les coordonnées de la partie adverse, une copie des pièces constitutives de votre litige (comptes rendus d'hospitalisations, ordonnances, devis, factures, témoignages, convocations, ...),
- nous faire connaître l'existence d'autres assurances portant sur le même risque.

En cas de communication tardive, nous pourrons vous réclamer une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement nous aura causé.

Vous pouvez encourir la perte du droit à notre garantie, lorsque de mauvaise foi :

- **vous avez fait de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances d'un litige ou d'un différend,**
- **vous avez employé ou remis des documents que vous saviez mensongers ou frauduleux,**
- **en cas de retard dans la déclaration du sinistre dès lors que ce manquement nous cause un préjudice.**

QUE FAISONS-NOUS EN CAS DE LITIGE OU DE DIFFÉREND GARANTI ?

Nous nous engageons à :

- réclamer l'indemnisation de votre préjudice.

Pour ce faire :

- nous vous fournissons les avis et services appropriés à la recherche d'une solution amiable. Lorsqu'il doit être fait appel à un avocat ou à une personne qualifiée, vous avez toute liberté pour recourir aux services du professionnel de votre choix.

Vous disposez aussi de la possibilité de choisir votre avocat ou la personne qualifiée en cas de conflit d'intérêts.

Si votre adversaire est lui-même défendu par un avocat, vous êtes, dans les mêmes conditions, assisté ou représenté par l'avocat de votre choix.

- en cas d'échec de la procédure amiable et dans la mesure où votre position est défendable au regard des règles de droit applicables, nous participons, dans la limite du plafond et des montants indiqués en annexe, à la prise en charge des frais et honoraires de l'avocat ou de la personne qualifiée saisi(e) de la défense de vos intérêts.

Vous conservez durant toute la procédure la conduite de votre procès. Cependant, vous devez nous communiquer tous les éléments nous permettant d'apprécier préalablement le bien-fondé de ce procès et les voies de recours utilisées. Nous demeurons à votre disposition ou à celle de votre avocat pour vous apporter l'assistance juridique nécessaire.

- nous prenons en charge les frais correspondants dans les conditions précisées à l'article ci-après.

Nous cessons notre intervention si l'adversaire est sans domicile connu ou insolvable.

Dans tous les cas, vous êtes tenu de respecter l'obligation de déclaration du sinistre prévue à l'article ci-avant.

QUE PAYONS-NOUS EN CAS DE LITIGE OU DIFFÉREND GARANTI ?

Nous couvrons, dans la limite des plafond, sous-plafond et montants garantis indiqués en annexe du présent contrat :

Pour défendre et faire valoir vos droits à l'amiable

- les frais relatifs aux avis et services que nous vous fournissons,
- les frais et honoraires de la personne qualifiée ou de l'avocat que vous avez choisi(e) en cas de conflit d'intérêts,
- les frais et honoraires de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu par un avocat.

Pour défendre et faire valoir vos droits en justice

- les frais et honoraires de l'avocat ou de la personne qualifiée en charge de vos intérêts,
- les frais de procédure,
- les sommes qui pourraient être mises à votre charge au titre des dépens.

Ces frais, honoraires et sommes sont pris en charge :

- si l'action en justice qui en est la cause a été décidée en accord avec nous ou a été admise par une décision d'arbitrage visée à l'article 8 ci-après,
- si vous avez passé outre à la solution que nous vous avons proposée ou à l'avis de l'arbitre pour le litige ou le différend qui est à leur origine et avez obtenu une décision de justice plus favorable à vos intérêts,
- en cas de conflit d'intérêts.

Nous ne garantissons pas :

- **les frais, honoraires et sommes engagés avant la déclaration du litige ou différend, sauf s'ils ont été rendus nécessaires par une mesure conservatoire d'urgence,**
- **les dommages et intérêts, les amendes, leurs accessoires et majorations, les frais de recouvrement auxquels vous pourriez être condamné, ainsi que le droit de recouvrement ou d'encaissement à la charge du créancier prévu à l'article A 444-32 du Code de Commerce,**
- **les frais irrépétables auxquels vous pourriez être condamné,**
- **les frais destinés à apporter les éléments de preuve de la réalité de votre préjudice ou de la matérialité du sinistre,**
- **les frais de saisie immobilière, de nantissement de parts sociales et de fonds de commerce pour les créances inférieures à 10 000 €,**

- les frais consécutifs aux mesures conservatoires, de sauvegarde et/ou relevant de l'administration de votre patrimoine ou encore ceux que vous auriez dû exposer indépendamment du litige,
- les frais et honoraires de notaire.

6 - LA SUBROGATION

Toutes sommes obtenues en remboursement des frais et honoraires exposés pour le règlement du litige ou différant vous reviennent par priorité lorsque, à ce titre, des dépenses sont restées à votre charge. Elles sont versées dès règlement par la partie qui succombe.

Matmut Protection Juridique est subrogée dans vos droits, conformément aux articles L 121-12 et L 127-8 du Code des Assurances, dans les autres cas.

Si la subrogation ne peut plus s'exercer de votre fait, Matmut Protection Juridique est alors libérée de tout engagement.

7 - LA PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui lui donne naissance, dans les conditions déterminées par les articles L 114-1, L114-2 et L114-3 du Code des Assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- 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.

La prescription peut être interrompue :

- par l'une des causes ordinaires :
 - la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code Civil),
 - une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code Civil),
 - un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil),
- ainsi que dans les cas suivants :
 - la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre, - l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par notre Société à vous-même en ce qui concerne le paiement des cotisations ou par vous-même à notre Société en ce qui concerne le règlement des frais, honoraires et sommes garanties.

Les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription biennale, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

8 - L'ARBITRAGE

En cas de désaccord entre vous et nous sur les mesures à prendre pour régler le sinistre, vous pouvez recourir à la procédure d'arbitrage prévue à l'article L 127-4 du Code des Assurances.

Dans ce cas :

- un arbitre est désigné d'un commun accord entre vous et nous ou, à défaut, par le Président du tribunal judiciaire de votre domicile statuant selon la procédure accélérée au fond,
- sauf décision contraire du Président du tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond, les frais exposés pour la mise en œuvre de cette procédure sont à notre charge, dans la limite des plafond et montants indiqués en annexe.

Nous nous engageons à accepter les conclusions de l'arbitre.

9 - LE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

DÉFINITION

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ; une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

A - Recours hiérarchique et Service « Réclamations »

• 1- Recours hiérarchique

En cas de désaccord entre vous et nous, à l'occasion de la distribution, de la gestion du présent contrat ou du règlement d'un sinistre, vous devez tout d'abord vous adresser à l'Agence ou au Service qui est à l'origine de ce désaccord, afin que toutes les explications éventuellement nécessaires vous soient apportées. Si vous maintenez votre contestation malgré ces explications, votre réclamation est soumise à la hiérarchie du décisionnaire, qui examine le bien fondé de votre requête.

• 2- Service « Réclamations »

Si le recours hiérarchique ne permet pas de mettre un terme à notre différend, vous avez la possibilité de saisir le Service « Réclamations » de Matmut, 66 rue de Sotteville 76030 ROUEN Cedex 01.

• 3- Délais de réponse

À chaque stade de la procédure décrite ci-dessus, un courrier vous est adressé dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de votre réclamation. Il vous fait part de la position retenue ou, si votre demande nécessite une instruction complémentaire, vous avise du délai dans lequel notre décision vous sera communiquée.

Sauf circonstances particulières, nous nous engageons à vous répondre au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la réception de votre réclamation.

B- Médiation

- **1. Modalités de saisine**

Si votre désaccord persiste après la réponse du service « Réclamations », vous pouvez saisir directement le Médiateur de l'Assurance en lui écrivant à l'adresse suivante :

LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09

ou en accédant à son site internet mediation-assurance.org (sur lequel vous pouvez obtenir toutes les informations relatives au dispositif mis en place par la Profession).

Le Médiateur de l'Assurance ne peut toutefois être saisi que pour les litiges portant sur l'application ou l'interprétation du contrat souscrit. Sont notamment exclus les litiges relatifs à notre politique commerciale, aux refus d'assurance ou à l'opportunité d'une résiliation.

Votre demande doit obligatoirement intervenir dans le délai d'un an à compter de la réception de la réponse du service « Réclamations » et ne faire l'objet à ce stade d'aucune action contentieuse.

Elle doit également comporter toutes les informations nécessaires à son traitement (notamment copie des courriers échangés dans le cadre du traitement de votre réclamation).

- **2. Délai de réponse**

La solution proposée par le Médiateur intervient dans un délai de 90 jours à compter de l'avis attestant de la date de réception du dossier complet du litige, à moins que le Médiateur ne prolonge ce délai s'il estime que le litige est complexe.

- **3. Opposabilité**

L'avis du Médiateur de l'Assurance ne nous lie, ni vous, ni nous, chacun conservant le droit de saisir les tribunaux.

10 - L'AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

11 - LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies font l'objet de traitements informatiques par Matmut Protection Juridique et ses partenaires dans le respect de la loi du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016 entré en application le 25 mai 2018.

Lorsque nécessaire, il vous est indiqué au moment de leur collecte si ces informations sont obligatoires ou facultatives.

Ces traitements ont pour finalités :

- la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance,
- la gestion des clients et la prospection commerciale,
- l'amélioration du service au client en proposant des produits ou services permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire,
- les études statistiques, enquêtes et sondages,
- la mise en place d'actions de prévention,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur,
- la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude,
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme,
- la conduite d'activités de recherche et de développement dans le cadre des finalités précitées.

Les traitements listés ci-dessus reposent sur au moins l'un des fondements légitimes suivants :

- l'exécution d'un contrat auquel vous êtes partie ou l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande,
- le respect d'une obligation légale à laquelle le responsable de traitement est soumis,
- l'intérêt légitime poursuivi par le responsable de traitement, notamment la lutte contre la fraude, la prospection commerciale et la conduite d'activités de recherche et de développement.

Lorsque le traitement n'est fondé sur aucun des éléments définis ci-dessus, un consentement au traitement vous sera demandé.

Dans le cadre de la gestion des sinistres, Matmut Protection Juridique peut être amenée à traiter des données dites sensibles, relatives à la santé des personnes. Ce traitement se fait dans le respect du secret médical. Vous consentez explicitement à ce que Matmut Protection Juridique traite ces données personnelles pour cette finalité précise.

Les destinataires de ces données sont :

- les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats,
- les partenaires,
- les prestataires,
- les sous-traitants et s'il y a lieu les délégués de gestion et les intermédiaires en assurance,
- les entités du groupe d'assurance auquel appartient le responsable de traitement dans le cadre de l'exercice de leurs missions,
- s'il y a lieu les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties,

- les personnes intervenant au contrat tel que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins conseils et le personnel habilité,
- l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA), les autres organismes d'assurance,
- les organismes sociaux,
- les personnes intéressées au contrat.

Vos données ne sont transférées en dehors de l'Union Européenne que lorsque cela est nécessaire à l'exécution de votre contrat.

Vos données sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles et autres obligations légales, notamment en matière de délais de prescription.

Vous disposez sur vos données des droits :

- d'accès,
- de rectification,
- d'opposition,
- d'effacement,
- de limitation,
- de définition de directives relatives à leur conservation, à leur effacement et à leur communication après votre décès.

Vous disposez également d'un droit à la portabilité sur les données que vous nous avez communiquées, données nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Pour en savoir plus, vous pouvez vous rendre sur le site matmut.fr.

Vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel vous concernant à des fins de prospection commerciale, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.

Lorsque votre consentement a été recueilli pour le traitement de certaines données, vous pouvez retirer votre consentement au traitement de ces données à tout moment.

Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits auprès de Matmut :

- par Internet : dpd@matmut.fr
- par courrier en justifiant de votre identité :

MATMUT

**À L'ATTENTION DU DÉLÉGUÉ À LA PROTECTION DES DONNÉES
66 RUE DE SOTTEVILLE
76100 ROUEN.**

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

**CNIL
3 PLACE DE FONTENOY
TSA 80715
75334 PARIS CEDEX 07**

ANNEXE

Protection Juridique Santé

HONORAIRES ET FRAIS GARANTIS TTC 2022

Les plafond, sous-plafond et montants garantis sont applicables en fonction des garanties souscrites et pour un même sinistre.
Constitue un même sinistre, l'ensemble des demandes ou réclamations auquel il a été opposé un même refus.

PLAFOND DE GARANTIE : 20 000 € TTC

DÉFENSE AMIABLE DES DROITS DE L'ASSURÉ (Défense civile et Recours amiabiles) ⁽¹⁾

Sous-plafond de garantie : 4 600 € TTC (pour l'ensemble des frais relatifs à la défense amiable des droits de l'assuré)

- Honoraires d'avocat (pour l'ensemble de son intervention, y compris en cas de transaction ou de saisine d'une commission), sauf médiation	450,00 €
- Expertise médicale	201,00 €
- Expertise immobilière	2 373,00 €
- Autre expertise matérielle	147,00 €

⁽¹⁾ Sauf médiation, les frais de défense amiable engagés par l'assuré ne sont pris en charge qu'en cas de survenance d'un conflit d'intérêts tel que défini dans les Conditions Générales ou la notice d'information relatives à la garantie ou lorsque l'adversaire de l'assuré est lui-même défendu par un avocat.

DÉFENSE DES DROITS DE L'ASSURÉ EN CAS DE MÉDIATION JUDICIAIRE OU CONVENTIONNELLE ⁽²⁾

Assistance par l'avocat (à l'exclusion de la simple réunion d'information et ce compris une éventuelle homologation de l'accord par le juge)	360,00 €
Quote-part des frais du médiateur	400,00 €

DÉFENSE DES DROITS DE L'ASSURÉ EN JUSTICE ⁽³⁾

Juridictions civiles et administratives		
Tribunal judiciaire et Tribunal ou Chambre de proximité	contentieux des actions personnelles ou mobilières jusqu'à 10 000 € et demandes indéterminées qui ont pour origine l'exécution d'une obligation dont le montant n'excède pas 10 000 € autres	840,00 € 1 224,00 € 909,00 € 960,00 € 1 062,00 € 945,00 € 576,00 € 261,00 € 540,00 € 585,00 € 741,00 € 414,00 € 495,00 € 336,00 € 618,00 €
Juge des Contentieux de la Protection		
Tribunal Administratif		
Tribunal de Commerce		
CIVI		
CCI	constitution du dossier et instruction assistance à liquidation	576,00 € 261,00 €
Juge de l'Exécution		
Référés	expertise et/ou provision autres	540,00 € 585,00 € 741,00 € 414,00 € 495,00 € 336,00 € 618,00 €
Requêtes		
Incident devant le Juge ou le Conseiller de la Mise en État		
Déclaration de créance en cas de procédures collectives		
Assistance à expertise (présence, suivi et dires éventuels compris)		
Juridictions pénales		
Démarches au Parquet pour obtention de procès-verbaux		129,00 €
Dépôt de plainte avec constitution de partie civile (entre les mains du Doyen des juges d'instruction)		534,00 €
Tribunal de police/matière contraventionnelle		795,00 €
Médiation/composition pénale et reconnaissance préalable de culpabilité		786,00 €
Tribunal Correctionnel/matière délictuelle		909,00 €
SARVI		336,00 €
Chambre de l'instruction		774,00 €
Cour d'assises : 1 ^{re} instance ou appel (par jour d'audience dans la limite de 5 jours)		1 191,00 €
Assistance	à expertise (présence, suivi et dires éventuels compris) à instruction (sur convocation du Juge)	618,00 €
Requêtes		414,00 €
Autres juridictions		
Arbitrage		945,00 €
Cour d'Appel		945,00 €
Affaire au fond chambre civile avec représentation obligatoire		1 758,00 €
Référe Premier Président		741,00 €
Autres appels		945,00 €
Cour de Cassation et Conseil d'État		
Consultation		1 221,00 €
Mémoire		1 221,00 €
Expertises		
Médicale		201,00 €
Immobilière		2 373,00 €
Comptable		1 206,00 €
Autre		147,00 €

Transaction intervenue en cours d'instance judiciaire : identique aux honoraires dus devant la juridiction compétente saisie.

⁽²⁾ Ces sommes sont accordées pour l'ensemble des diligences ou procédures devant la juridiction ou la commission, y compris toute démarche – ou phase – préalable, obligatoire ou non et postulation éventuelle. Elles concernent tous les honoraires et frais, notamment la préparation du dossier, la plaidoirie et les frais inhérents à la gestion du dossier.

DÉFINITIONS

Ce lexique est destiné à vous aider à mieux comprendre votre contrat.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Toute situation dans laquelle notre garantie est également accordée à la personne dont les intérêts sont opposés aux vôtres.

CONJOINT

Les personnes :

- mariées,
- unies par un pacte civil de solidarité,
- vivant sous le même toit de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

DÉPENS

Dépenses indispensables au procès et dont le montant fait l'objet d'une tarification par voie réglementaire ou par décision judiciaire. Ils sont limitativement énumérés à l'article 695 du Code de Procédure Civile et à l'article R 761-1 du Code de Justice Administrative.

FRAIS IRRÉPÉTIBLES

Les frais que vous engagez personnellement afin de défendre vos intérêts en justice et susceptibles de faire l'objet d'une indemnisation par le juge au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L.761-1 du Code de Justice Administrative.

MUTUELLE

Apivia Macif Mutuelle.

NOUS

Matmut Protection Juridique.

SINISTRE

Litige ou différend concrétisé par le refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.

SOUSCRIPTEUR

Apivia Macif Mutuelle.

TIERS

Les personnes qui n'ont pas la qualité d'assuré au titre du contrat.

VOUS

L'Assuré, c'est-à-dire le séniior retraité, l'actif salarié adhérents d'Apivia Macif Mutuelle et, plus généralement, s'ils vivent sous le toit de sa résidence principale :

- leur conjoint,
- leurs enfants mineurs.



IMA intervient 24h/24, 7j/7 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires aux numéros suivants :

0 970 820 692 ou (+33) 05 49 34 82 80

GARANTIE OBSEQUES

En inclusion

du contrat APIVIA SAKIFO et du contrat APIVIA SAKIFO PRO

NOTICE D'INFORMATION

PREAMBULE

Cette notice d'information décrit les garanties de l'offre GARANTIE OBSEQUES conçue en partenariat par l'Association La Garantie Obsèques pour le service tiers payant avec les pompes funèbres et HENNER, société habilitée pour la présentation d'opérations d'assurance, qui en assure la gestion.

Les garanties d'assurance décès décrites dans cette notice résultent de contrats groupe souscrits par HENNER auprès de :

- ALLIANZ Vie pour la couverture de la garantie temporaire obsèques,
- FILASSISTANCE INTERNATIONAL pour les prestations d'assistance aux personnes assurées au contrat.

Cette Garantie Obsèques a été souscrite par l'Association « Maison des Adhérents d'APIVIA » (Association adhérente au contrat groupe) auprès d'HENNER et est incluse **dans les contrats « APIVIA SAKIFO » et « APIVIA SAKIFO PRO ».**

La Garantie Obsèques est gérée par :

- Pour la gestion des cotisations :
Apivia Courtage – 108 rue Ronsard – CS 87323 – 37073 TOURS Cedex 2 Tél. 02 47 70 40 70 – Fax : 02 47 70 40 75
SAS au capital de 20 000 000 €, RCS n° 490 625 662 - ORIAS n° 09 051 617.

- Pour la gestion des prestations obsèques :
HENNER SAS – Département La Garantie Obsèques, société de courtage et de gestion d'assurance au capital de 8 212 500 euros dont le siège social est situé 14, boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine – RCS Nanterre 323 377 739 – N° Orias 07 002 039.

GARANTIE OBSEQUES

Article 1 - OBJET DE L'ADHESION

On entend par :

- ▶ Participant : personne ayant souscrit un contrat complémentaire santé « APIVIA SAKIFO » ou « APIVIA SAKIFO PRO »,
- ▶ Assuré ou affilié : le participant et ses éventuels ayants droit (en cas de cotisation famille).

La présente adhésion a pour objet de garantir aux assurés des prestations en cas de décès, destinées au financement de tout ou partie de leurs obsèques, assurées par Allianz Vie pour la garantie décès.

Article 2 – PERSONNE(S) ASSUREE(S)

Sont admissibles à l'assurance, en tant qu'assurées, les personnes mentionnées ci-dessous, sous réserve des conditions prévues par la présente notice.

- ▶ **Le participant** : Les membres de l'Association adhérente jusqu'au 31 décembre de l'année du 65^e anniversaire, sous réserve d'avoir complété et signé le bulletin individuel d'adhésion APIVIA SAKIFO ou APIVIA SAKIFO PRO.
- ▶ **Les ayants droits** :

A la condition que le contrat le prévoit (comme indiqué dans le bulletin individuel d'adhésion-APIVIA SAKIFO ou APIVIA SAKIFO PRO du participant), le participant peut demander le bénéfice de la garantie obsèques pour ses ayants droit sous réserve d'avoir une cotisation « famille ».

Sont considérés comme ayant droit :

- Le conjoint non séparé de corps du participant ou le partenaire lié au participant par un pacte Civil de Solidarité (PACS) ou, à défaut, le concubin du participant ;
- Les enfants à charge à condition qu'ils relèvent du foyer fiscal du participant, du partenaire lié par un PACS ou du concubin, notamment :
 - les enfants de moins de 21 ans non révolus sans condition,
 - les enfants de moins de 25 ans non révolus qui poursuivent des études,
 - les enfants, sans limite d'âge, qui sont infirmes ou accomplissent leur service militaire,

Nota : La loi française interdisant la souscription d'une assurance sur la tête d'un enfant de moins de 12 ans (article L 132-3 du Code des Assurances), le montant des frais d'obsèques relatif à cette catégorie de bénéficiaires sera pris en charge à concurrence des frais réellement engagés, dans la limite de la garantie (décès toutes causes) du participant.

La qualité du ou des ayant(s) droit sera apprécié au moment du décès. Les pièces justificatives indiquées à l'article 4 ci-après, seront demandées lors de la demande de prestation de la garantie obsèques.

Article 3 - DATE D'EFFET – DUREE ET FIN DE LA GARANTIE OBSEQUES

En souscrivant un contrat APIVIA SAKIFO ou un contrat APIVIA SAKIFO PRO, l'Adhérent ou Participant bénéficiaire de la Garantie Obsèques incluse dans ce contrat. Cette Garantie Obsèques prévoit une garantie de base et une garantie optionnelle.

3.1. Garantie de base :

La garantie de base n'est acquise que pour le participant âgé de moins de 66 ans (âge par année millésime, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre de l'année du 65^e anniversaire) à la date de signature du contrat APIVIA SAKIFO ou APIVIA SAKIFO PRO. Les participants ne remplissant pas cette condition ne peuvent bénéficier de la garantie obsèques.

Elle prend effet à la date mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion, pour la durée du contrat APIVIA SAKIFO ou APIVIA SAKIFO PRO.

Elle bénéficie aux assurés mentionnés à l'article 2 et dans les conditions précisées à l'article GARANTIE ET CONDITIONS DE MISES EN ŒUVRE ci-après.

Elle cesse pour l'ensemble des assurés :

- ▶ La veille de la date d'anniversaire du contrat APIVIA SAKIFO ou SAKIFO PRO s'il est toujours en cours, dès lors que le participant entre dans sa 66ème année (année millésime, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre de l'année du 65^e anniversaire)
- ▶ Dès la résiliation ou dénonciation du contrat APIVIA SAKIFO ou APIVIA SAKIFO PRO
- ▶ Au décès du Participant
- ▶ En cas de résiliation du contrat Garantie obsèques entre LA MAISON DES ADHERENTS D'APIVIA et HENNER
- ▶ En cas de résiliation du contrat groupe souscrit par HENNER auprès d'ALLIANZ Vie.

Il est entendu que la cessation de l'adhésion du participant entraîne la cessation de l'affiliation des ayants droit s'ils étaient couverts. Toutefois, s'ils le souhaitent, les ayants droit peuvent effectuer une demande d'adhésion au contrat, sous réserve de remplir les conditions en tant que participant prévues à l'article 2 de la présente notice

En tout état de cause, s'agissant d'une garantie temporaire décès, aucun rachat ou remboursement des cotisations versées à ce titre ne sera effectué.

3.2. Garantie optionnelle :

La garantie optionnelle n'est acquise qu'à la condition que le participant ait signé, avant l'année de ses 66 ans (âge par année millésime, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre de l'année du 65^e anniversaire), la demande de garantie optionnelle sur son contrat APIVIA SAKIFO ou APIVIA SAKIFO PRO.

La garantie prend effet à la date mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion ou si elle est souscrite plus tard, compter du 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande, pour la durée du contrat APIVIA SAKIFO ou APIVIA SAKIFO PRO.

Elle bénéficie aux assurés mentionnés à l'article 2 et dans les conditions précisées à l'article 4 GARANTIE ET CONDITIONS DE MISES EN ŒUVRE ci-après

Elle cesse :

- ▶ Dès la résiliation ou dénonciation du contrat APIVIA SAKIFO ou APIVIA SAKIFO PRO
- ▶ Au décès du Participant
- ▶ En cas de résiliation du contrat Garantie obsèques entre la Maison des Adhérents d'Apivia et HENNER
- ▶ En cas de résiliation du contrat groupe souscrit par HENNER auprès d'ALLIANZ Vie.

Il est entendu que la cessation de l'adhésion du participant entraîne la cessation de l'affiliation des ayants droit s'ils étaient couverts. Toutefois, s'ils le souhaitent, les ayants droit peuvent effectuer une demande d'adhésion au contrat, sous réserve de remplir les conditions en tant que participant prévues à l'article 2 de la présente notice

En tout état de cause, s'agissant d'une garantie temporaire décès, aucun rachat ou remboursement des cotisations versées à ce titre ne sera effectué.

La garantie obsèques optionnelle peut être résiliée/dénoncée chaque année par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception deux mois avant la date d'échéance du contrat.

Toute résiliation ou dénonciation de la garantie optionnelle est définitive.

Article 4 – GARANTIE ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

▶ Objet de la garantie

La garantie a pour objet le paiement de tout ou partie des frais d'obsèques en cas de décès du participant ou de l'un des ayants droit s'il est couvert, tels que définis à l'article 2.

Le capital décès ne peut être utilisé, à concurrence du coût des obsèques, à des fins étrangères au financement des obsèques.

Le montant de la garantie est indiqué au bulletin individuel d'adhésion ainsi qu'à l'annexe de la présente notice.

Le capital est versé à concurrence des frais engagés :

- à l'entreprise de Pompes Funèbres ayant effectué les prestations sur présentation de la facture,
- à la personne physique ou morale ayant pris en charge les frais d'obsèques, sur présentation de la facture de l'organisme de pompes funèbres acquittée (stipulant l'identité de la personne ayant acquitté la facture).

Lorsque la garantie est supérieure aux frais d'obsèques, le reliquat éventuel est versé aux bénéficiaires suivants : au conjoint non séparé de corps du participant, ou partenaire lié par un PACS ; à défaut aux descendants par parts égales entre eux, la part d'un descendant précédé/égal revenant à ses propres descendants ; à défaut du père et mère par parts égales entre eux ou au survivant en cas de prédécès de l'un d'eux ; à défaut aux héritiers.

Aucune prestation ne pourra être versée sur un compte bancaire domicilié dans l'un des cinq pays suivants : Corée du Nord, Crimée, Cuba, Iran, Syrie (cette liste pourra faire évoluer – HENNER en informera la Maison des Adhérents d'APIVIA qui devra communiquer à son tour cette nouvelle liste aux participants).

▶ Conditions de mise en œuvre

✓ Décès par accident ou accident de la circulation :

En cas de décès par accident, la garantie est acquise à compter de la date de prise d'effet du contrat APIVIA SAKIFO ou APIVIA SAKIFO PRO.

Par accident, il faut entendre toute action soudaine et imprévisible atteignant l'assuré dans son intégrité physique par le fait d'un événement subit qui lui est extérieur.

Par accident de la circulation, il faut entendre l'accident provoqué par un véhicule routier, ferroviaire, suspendu, maritime, fluvial ou aérien.

En tout état de cause, le décès doit être intervenu au plus tard dans les douze mois ayant suivi l'accident, quelle que soit la cause de ce dernier, pour être garanti comme décès par accident.

✓ Décès toutes causes hors accident :

En cas de décès toutes causes hors accident, la garantie de base est acquise à compter de la date d'effet du contrat APIVIA SAKIFO ou APIVIA SAKIFO PRO (date mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion). En revanche, la garantie optionnelle ne prend effet qu'à l'issue d'un délai de 3 mois à compter de la date de prise d'effet de la garantie (telle que prévue à l'article 3.2 de la présente notice).

► Pièces justificatives

Pour chaque demande, les pièces suivantes doivent être adressées à :

HENNER - Département La Garantie Obsèques
14 boulevard du Général Leclerc - CS 20058 - 92527 Neuilly-sur-Seine
Téléphone : 01.55.62.53.19
Email : gantie.obsques@henner.fr

1/ Au moment du décès :

Dans tous les cas (décès d'un participant ou d'un ayant droit couvert) :

- Acte de décès
- Facture des frais d'obsèques

En cas de décès d'un des ayants droit s'il était couvert : tout document officiel justifiant de l'affiliation des ayants droits, notamment :

- Concubin: certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur ou copie des actes de naissance et justificatif du domicile aux deux noms
- Enfant fiscalement à charge : Certificat de scolarité ou d'apprentissage, dernier avis d'imposition.

2/ Lorsque la garantie est versée directement à l'organisme de Pompes Funèbres (Tiers payant) :

- Devis/facture de l'organisme de Pompes Funèbres
- Relevé d'Identité Bancaire de l'organisme de Pompes Funèbres ayant organisé les obsèques

3/ Lorsque la garantie n'est pas versée directement à l'organisme de Pompes Funèbres :

- Facture acquittée accompagnée du reçu mentionnant la personne ayant acquitté les frais d'obsèques (Facture originale si l'enfant décédé avait moins de 12 ans)
- Relevé d'Identité Bancaire de la personne ayant acquitté les frais d'obsèques
- Copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité de la personne ayant acquitté les frais d'obsèques : passeport, carte nationale d'identité ou du titre de séjour.

4/ Lorsque le montant de la garantie est supérieur aux frais d'obsèques ou lorsque les frais d'obsèques ont été réglés par ailleurs sans sollicitation du présent contrat (reliquat) :

En présence d'un reliquat, la clause de bénéficiaire prévue à l'article 4 de la présente notice sera appliquée. Ainsi, la demande de prestation doit être accompagnée, en fonction de la situation, de :

- Tout document officiel justifiant de la qualité du bénéficiaire vis-à-vis du participant conformément la clause susvisée ;
- A défaut lorsqu'il s'agit des « héritiers » : Acte de notoriété ou dévolution successorale ou certificat d'hérédité ;
- Copie recto verso de la pièce d'identité en cours de validité du ou des bénéficiaires : passeport, carte nationale d'identité ou du titre de séjour.

Enfin, d'autres justificatifs pourraient être demandés par le service gestion dans des cas très spécifiques.

Article 5 - REVALORISATION POST MORTEM

En cas de décès de l'assuré (tel que défini à l'article 2 de la présente notice), le versement de l'éventuel reliquat (prévu à l'article 5) est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations selon les conditions définies par les présentes. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le montant du reliquat non versé, en euros garantis en cas de décès, produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès de l'assuré, au minimum à un taux égal au moins élevé des taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Conformément à l'article L 132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre d'un contrat d'assurance vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital, sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré(e) par l'Assureur. Six mois avant le transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, l'Assureur informe le(s) bénéficiaire(s) par tout moyen, de ce transfert. Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'Etat.

Article 6 - EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties les risques suivants :

► Risques de guerre :

- Pour les risques survenant dans les Etats composant l'Espace Economique Européen : les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire.
- Pour les risques survenant hors des Etats composant l'Espace Economique Européen : au cas où la France est impliquée dans une action militaire ou de police et sauf convention contraire particulière, les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire se produisant dans le ou les pays où la France est impliquée. L'exclusion ne s'applique que lorsque l'assuré prend une part active à l'événement.

► Risques aériens :

Les conséquences d'un accident survenu au cours de compétitions, démonstrations aériennes, acrobaties, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire.
Par ailleurs, les conséquences d'un accident de la navigation aérienne ne sont garanties que dans le cas où l'assuré se trouve à bord d'un avion muni d'un certificat de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non pérémises, le pilote pouvant être l'assuré lui-même.

► Autres risques :

- le suicide de l'assuré au cours de la première année d'assurance,
- les conséquences d'un attentat, ou d'une tentative d'attentat, dès l'instant où l'assuré y prend une part active.

Article 7 – COTISATIONS

7.1. Assiette et montant des cotisations

Les cotisations peuvent être fixées en fonction :

- du montant de la garantie obsèques,
- du nombre de personnes assurées (isolé/famille),
- la tranche d'âge dans laquelle se trouve le participant.

En tout état de cause, les cotisations applicables comprennent les taxes afférentes.

Le montant des cotisations est indiqué au bulletin individuel d'adhésion.

7.2. Recouvrement des cotisations

Les cotisations sont recouvrées par APIVIA Courtage auprès de chaque participant.

7.3. Evolutions des cotisations

Les cotisations peuvent évoluer en fonction de l'âge, du nombre de personnes assurées (isolé/famille) ou du montant de la garantie obsèques souscrite.

Les cotisations peuvent également être revalorisées au terme de chaque année civile sur la base, notamment, des résultats enregistrés, d'une évolution législative ou réglementaire.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions. Toute modification ou ajout de taxe/contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une évolution de cotisation.

Par ailleurs, et en sus des dispositions ci-dessus, la garantie obsèques optionnelle subira une évolution automatique de sa cotisation pour compenser la cessation de la garantie de base. Ainsi, la garantie optionnelle se substitue en totalité à la garantie de base à compter de la date de cessation de cette dernière.

Article 8 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement des cotisations dans les 10 jours de leur échéance, une lettre recommandée sera adressée à l'assuré l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraîne la résiliation du contrat, conformément à l'article L.132-20 du Code des Assurances. Quarante jours après l'envoi de cette lettre, si les cotisations ne sont toujours pas payées, l'adhésion sera résiliée sans autre avis, conformément aux dispositions des articles L 132-20 et L 141-3 du Code des Assurances.

Article 9 - RECLAMATIONS

Lorsque l'assuré souhaite obtenir des précisions ou faire une réclamation, il peut s'adresser à :

- Pour toute insatisfaction relative à son adhésion, ses cotisations, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de fournir toutes informations et explications :

- 1- Le courtier conseil du participant
- 2- Le service réclamation d'Apivia Courtage au 02.47.70.40.70

- Toutefois, si l'assuré souhaite obtenir des précisions ou faire une réclamation concernant les prestations obsèques, il doit s'adresser à Henner :

Par courrier :

HENNER Département La Garantie Obsèques - Réclamation
14 boulevard du Général Leclerc - CS 20058 - 92527 Neuilly-sur-Seine

En cas de désaccord avec la réponse apportée par le service ci-dessus, l'assuré a la possibilité d'adresser à nouveau sa réclamation au :

Par courrier :

HENNER – Réclamation - Service Qualité
40 rue de la Vague, 4e étage,
59650 VILLENEUVE D'ASCQ

Par mail :

service.qualite@henner.fr

Par ailleurs, Allianz Vie, assureur du présent contrat, adhère à la charte de la Médiation de la Fédération Française d'Assurances (FFA).

En ce sens, en cas de désaccord persistant et définitif, et après avoir épuisé les voies de recours de réclamation évoquée ci-dessus, l'assuré a la faculté de faire appel au Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes :

www.mediation-assurance.org
ou LMA TSA 50110- 75441 Paris Cedex 09

Cette action n'aura aucun préjudice sur les éventuelles autres voies d'actions légales

Article 10 – PRESCRIPTION

Aucune action ni réclamation concernant le contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription. La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduit ci-après :

• Article L114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

• Article L114-2 du Code des assurances

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.

• Article L114-3 du Code des assurances

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.

Information complémentaire

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

• Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

• Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incomptente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

• Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

• Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périr l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

• Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

• Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

• Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Article 11 – TRAITEMENT DES DONNEES

La protection des données personnelles

1. Pourquoi recueillir les données personnelles ?

L'assureur recueille et traite les données personnelles du prospect, adhérent, ci-après dénommé « l'assuré »

Les données recueillies lui sont nécessaires pour respecter ses obligations légales, pour gérer l'adhésion au contrat ainsi que les affiliations des participants et mieux connaître « l'assuré ».

Gérer l'adhésion au contrat et respecter les obligations légales

Les données personnelles de « l'assuré » sont indispensables à l'assureur pour l'identifier comme pour conclure et exécuter son adhésion au contrat.

Les données de santé de « l'assuré » font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre l'assureur a besoin des données personnelles des « assurés » pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à sa profession, entre autres dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et contre la fraude.

Mieux connaître « l'assuré » et mieux le servir

En permettant de mieux connaître « l'assuré », ses données aident l'assureur à lui proposer et/ou lui présenter des produits et des services adaptés à ses seuls besoins (profilage). Elles peuvent être liées aux habitudes de vie de « l'assuré », à sa localisation...

Avec l'accord express de « l'assuré », ses données peuvent également servir un objectif commercial. Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de la satisfaction de « l'assuré ».

En cas d'adhésion] en ligne, l'assureur utilise un processus de décision automatisé, différent selon les types de risques à couvrir. Quelle que soit la décision de l'assureur, « l'assuré » peut demander des explications à l'adresse indiquée au paragraphe « Les contacts ».

2. Qui peut consulter ou utiliser les données personnelles de « l'assuré » ?

Peuvent consulter ou utiliser les données personnelles de « l'assuré » prioritairement les entreprises du groupe Allianz, l'intermédiaire en assurance (courtier), mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de l'adhésion au contrat] ou dans un objectif commercial : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, mandataires, organismes sociaux

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, l'assureur prend des garanties spécifiques pour assurer la protection complète des données. Si « l'assuré » souhaite obtenir des informations sur ces garanties, il peut écrire à l'assureur à l'adresse indiquée au paragraphe « Les contacts » ou contacter Henner.

3. Combien de temps sont conservées les données personnelles de « l'assuré » ?

Dans le cas d'un prospect sans conclusion d'une adhésion au contrat

L'assureur conserve les données :

- commerciales : au maximum 3 ans après le dernier contact entre le prospect et son intermédiaire d'assurance ;

- médicales : au maximum 5 ans à partir de leur collecte. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical. Dans le cas d'un client

L'assureur conserve les données tout au long de la vie de l'adhésion au contrat de « l'assuré ». A son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

4. Quelle est l'utilité des cookies ?

Les cookies sont utilisés car ils facilitent et accélèrent la navigation de « l'assuré » sur le web.

Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement l'ordinateur de « l'assuré », son Smartphone, sa tablette ou son navigateur... Grâce à eux, les habitudes de connexion de « l'assuré » sont reconnues et ses pages sont chargées plus rapidement.

5. Données personnelles : quels sont les droits de « l'assuré » ?

Consulter, modifier, effacer... « l'assuré » dispose de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de ses données :

- le droit d'opposition, lorsque ses données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à sa relation contractuelle ;
- le droit d'accès et de rectification, quand il le souhaite ;

- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de ses données personnelles est dépassée ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à sa relation contractuelle ;
- le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer les données de « l'assuré » à la personne de son choix, sur simple demande ;
- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que « l'assuré » a donné pour l'utilisation commerciale de ses données ;
- le droit de décider de l'utilisation de ses données personnelles après sa mort. Conservation, communication ou effacement... : « l'assuré » désigne un proche, lui indique sa volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.
Pour exercer son droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, « l'assuré » s'adresse directement à la CNIL.
De manière générale, « l'assuré » peut lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de ses données sur le site allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « Qui est responsable des données de « l'assuré » ?.
Enfin, le site de la CNIL le renseignera en détail sur ses droits et tous les aspects légaux liés à ses données personnelles : www.cnil.fr.

6. Qui est responsable des données de « l'assuré » ?

Allianz Vie, pour les risques qu'elle couvre :
Société anonyme au capital de 643.054.425 €
340 234 962 RCS Nanterre
Entreprise(s) régi(e)s par le Code des assurances
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
www.allianz.fr

Pour le courtage : le courtier de l'assuré pour les informations recueillies en qualité de client, et APIVIA Courtage pour les données recueillies pour l'enregistrement et la gestion du contrat (écrire à : conformité@apivia-courtage.fr).

7. Comment « l'assuré » exerce ses droits ?

Pour s'opposer à l'utilisation de ses données, demander leur effacement, pour poser une question sur l'ensemble de leurs traitements ou une réclamation, « l'assuré » peut solliciter directement l'assureur et écrire au « responsable des données personnelles » de l'assureur ou le cas échéant de son courtier. Pour savoir à quelle adresse écrire, « l'assuré » doit se rendre au paragraphe « Les contacts ». En cas de réclamation et si la réponse de l'assureur ne le satisfait pas, « l'assuré » peut s'adresser à la CNIL.

8. Les contacts

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple : il suffit à « l'assuré » d'écrire :
• HENNER, Accès/Rectification des Données à Caractère Personnel, 14 boulevard du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse de messagerie suivante : dpo@henner.com

Pour toutes demandes, « l'assuré » ne doit pas oublier de joindre un justificatif d'identité

PRESTATIONS D'ASSISTANCE

1. DISPOSITIONS GENERALES

1.1. BENEFICIAIRES

Bénéficiaire des garanties décrites dans la présente convention d'assistance :

- toute personne physique affiliée ou ayant souscrit un contrat obsèques,
- son conjoint,
- et leurs enfants fiscalement à charge.

Les bénéficiaires doivent vivre sous le même toit et leur domicile fiscal doit être situé en France telle que définie à l'article 1.4.

1.2. PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Pendant toute la période de validité de la convention d'assistance n° 136210/155, les garanties décrites dans les présentes conditions générales suivent le sort du contrat d'assurance obsèques (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile lorsque « La Garantie Obsèques » est souscrite dans le cadre d'un contrat individuel ou d'un contrat collectif à adhésion facultative, date d'effet, durée, résiliation, etc.) auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante. Les garanties couvrent les conséquences du décès survenu lors de déplacements ou séjours à titre privé ou professionnel effectués pendant la période de couverture, sans limitation de durée pour la France Métropolitaine et dans la limite de 180 jours consécutifs pour les déplacements ou séjours hors France Métropolitaine.

1.3. VALIDITE TERRITORIALE

Les garanties sont acquises lors de déplacements en France à plus de 50 Km du domicile du bénéficiaire et à l'étranger.

1.4. DEFINITIONS

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

Accident : toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire et indépendante de la volonté de ce dernier.

Conjoint : le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS à l'adhérent.

Enfant : l'enfant de l'adhérent et/ou de son conjoint.

France : France Métropolitaine (Corse incluse), Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion, ainsi que Principautés d'Andorre ou de Monaco.

Maladie : altération soudaine de la santé constatée par une autorité médicale habilitée.

1.5. APPEL PREALABLE

Pour que les prestations d'assistance soient acquises, FILASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone, télécopie), avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable :

FILASSISTANCE - N° téléphone : 01 53 21 24 27- N° télécopie : 09 77 40 17 88

Adresse électronique : operations@filassistance.fr

Adresse postale : FILASSISTANCE 108 Bureaux de la Colline 92213 SAINT-CLOUD CEDEX

L'organisation par vous ou votre entourage de l'une des prestations d'assistance énumérées ne donne lieu à aucun remboursement.

Pour toute demande d'assistance, vous (ou toute autre personne agissant en votre nom) devez :

- contacter FILASSISTANCE sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant),
- fournir les renseignements suivants :
 - le numéro d'affiliation : **136210/155**
 - les nom et prénom du bénéficiaire décédé et le lieu où il se trouve
 - le numéro de téléphone où vous pouvez être contacté,
 - en cas de décès non accidentel, vous devez communiquer à notre équipe médicale un certificat médical exposant la cause médicale à l'origine du décès. Il est recommandé d'adresser ce certificat sous pli confidentiel à l'attention de notre Médecin Conseil. Nous ne pourrons être tenus responsables des manquements ou contremorts qui pourraient résulter du non-respect des règles ci-dessus.

Si, à votre demande ou à celle de l'entourage du décédé FILASSISTANCE accepte, à titre exceptionnel, de modifier l'un des éléments de la prestation garantie ou ses modalités de mise en œuvre, la prise en charge financière de FILASSISTANCE ne pourra pas être supérieure au montant qui aurait été engagé si la prestation prévue contractuellement avait été maintenue. Dans cette hypothèse, FILASSISTANCE déduira à titre de frais de gestion 100 € du montant garanti. Toutefois, en cas de force majeure vous empêchant de contacter FILASSISTANCE dans les conditions susmentionnées, il est admis que les frais exposés seront alors remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux que FILASSISTANCE aurait engagés pour fournir la prestation garantie. A cette fin, il vous appartient de justifier le cas de force majeure à l'origine du défaut d'appel préalable et de transmettre à FILASSISTANCE toutes pièces justificatives originales de nature à établir la réalité des dépenses directement occasionnées par le décès et couvertes au titre de la garantie.

1.6. ENGAGEMENTS FINANCIERS

1.6.1. Règles de prise en charge

Sans préjudice des règles exposées au 1.5, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à FILASSISTANCE devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande. En cas de prise en charge des frais de séjour à l'hôtel, FILASSISTANCE ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-après, et à l'exclusion de tout autre frais. En cas de transport ou de retour anticipé organisé par FILASSISTANCE en application de l'une des garanties d'assistance, le bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés. A défaut de modification ou d'échange, le bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à verser les sommes correspondantes à FILASSISTANCE, et ce dans les 90 jours de son retour. Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le bénéficiaire pour son retour au domicile seront pris en charge par à FILASSISTANCE.

1.6.2. Avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, FILASSISTANCE peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

1.6.2.1. Conditions préalables au versement de l'avance par FILASSISTANCE.

À titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance consentie, FILASSISTANCE adressera un certificat d'engagement au bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à FILASSISTANCE. L'avance sera mise en œuvre après réception du dit certificat d'engagement par FILASSISTANCE. A titre de garantie de remboursement de l'avance effectué, le bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à FILASSISTANCE un chèque certifié ou un chèque de banque.

1.6.2.2. Délai de remboursement de l'avance à FILASSISTANCE.

Le bénéficiaire s'engage à rembourser à FILASSISTANCE la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

1.6.2.3. Sanctions

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et FILASSISTANCE pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

1.7. EXONERATION DE RESPONSABILITE

FILASSISTANCE est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties. Toutefois :

- La responsabilité FILASSISTANCE est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports, etc.) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes ou de corps sur un territoire ou entre deux états donnés ;
- La responsabilité FILASSISTANCE ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif(ve) aux insuffisances de disponibilités locales ;
- FILASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contreméts à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
 - soit, de cas de force majeure,
 - soit, d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires, émeutes ou grèves,
 - soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
 - soit, des interdictions officielles,
 - soit, des actes de piraterie ou d'attentats,
 - soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
 - soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

1.8. PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Article L114-1 : Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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.

Article L114-2 : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires (citation en justice, commandement ou mesure d'exécution forcée) 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 par nous 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.

Article L114-3 : 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. Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties.

1.9. SUBROGATION

Conformément à l'article L.121-12 du Code des Assurances, FILASSISTANCE est subrogée, à concurrence des frais réglés au bénéficiaire en exécution de la présente convention d'assistance, dans ses droits et actions contre tout tiers responsable de l'événement ayant donné lieu à assistance ou à remboursement.

1.10. LOI APPLICABLE

La présente convention d'assistance est soumise à la loi française. Toute contestation née entre le bénéficiaire et FILASSISTANCE à l'occasion de l'exécution des Conditions Générales d'assistance relèvera du tribunal français dans le ressort duquel se trouve le domicile du bénéficiaire.

1.11. CONTROLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle assuré par l'A.C.P.R. (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 4 Place de Budapest à Paris (75009).

1.12. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par FILASSISTANCE et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de FILASSISTANCE, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Les informations personnelles de l'Adhérent pourront éventuellement faire l'objet de transferts vers des prestataires ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne pour l'exécution des prestations d'assistance.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, FILASSISTANCE, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données de l'Adhérent seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 Décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux

et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Sous certaines conditions réglementaires, l'Adhérent peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

L'Adhérent peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

L'Adhérent peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

L'Adhérent pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, l'Adhérent a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

1.13. RECLAMATIONS

► RECLAMATIONS SUR LA GESTION DE L'ADHESION :

L'Adhérent peut adresser une réclamation au service réclamations de HENNER, à l'adresse suivante :

HENNER-Département LA GARANTIE OBSEQUES

4 boulevard du Général Leclerc 92200 NEUILLY SUR SEINE

qui répondra dans un délai de 15 jours maximum. Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, l'Adhérent pourra s'adresser au service réclamations de FILASSISTANCE NCE, dans les conditions prévues ci-après.

► RECLAMATIONS SUR LE TRAITEMENT DU SINISTRE :

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc...) doit être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : 09 77 40 68 24 qui veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande. Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le bénéficiaire peut adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante : FILASSISTANCE - Service Réclamations 108 Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD CEDEX ou à qualite@filassistance.fr. Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation. Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, FILASSISTANCE enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation. Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'assuré ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09. L'assuré ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org. Le Médiateur formulera un avis prévu par la charte de la médiation de l'assurance. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

2. GARANTIES ACCORDEES

2.1. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas de décès d'un bénéficiaire, l'un des bénéficiaires survivants peut contacter FILASSISTANCE pour recevoir une aide psychologique délivrée par des psychologues cliniciens qui interviennent dans le strict respect de la déontologie applicable à la profession. En fonction de la situation du bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend en charge 3 entretiens téléphoniques. En fonction des situations et des attentes du bénéficiaire demandeur, un rendez-vous pourra être organisé pour le bénéficiaire avec un psychologue diplômé d'état proche de son domicile. Dans ce cas, les frais de consultation demeurent à la charge du bénéficiaire.

2.2. ASSISTANCE INFORMATION PRATIQUE

Information destinée à répondre à toute question de nature pratique, notamment dans les domaines suivants :

- les formalités administratives postérieures au décès
- succession

Toute demande d'information est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; FILASSISTANCE s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures. Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971. FILASSISTANCE ne pourra être tenue responsable des éventuelles difficultés, et leurs conséquences, qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une interprétation erronée et/ou d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le bénéficiaire, des informations communiquées. La validité des informations que FILASSISTANCE communique s'apprécie au moment de l'appel du bénéficiaire. FILASSISTANCE ne peut pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'entrée en vigueur d'une loi ou d'un règlement postérieurement à cet appel. Sont exclus de la garantie les demandes d'information ayant trait à des thèmes juridiques ne relevant pas du droit français.

2.3. ASSISTANCE AUX PERSONNES

2.3.1. Rapatriement - Transport de corps

En cas de décès du bénéficiaire en France ou à l'étranger, FILASSISTANCE organise et prend en charge le rapatriement du corps du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation

en France. FILASSISTANCE prend également en charge les frais annexes rendus nécessaires par la législation en vigueur (soins de préparation, aménagements spécifiques au transport du corps, etc.), et le coût d'un cercueil. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 800 euros TTC. Tous les autres frais annexes (frais de cérémonie, d'inhumation ou de crémation, convois locaux, accessoires...) restent à la charge de la famille. Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place, FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche, s'il n'est pas déjà sur les lieux, en mettant à sa disposition un billet d'avion classe économique ou de train 1ère classe, pour se rendre de son domicile en France jusqu'au lieu d'inhumation. Dans ce cas, FILASSISTANCE prend en charge, sur justificatifs et à concurrence de 80 euros TTC par nuit les frais de séjour sur place de cette personne. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 800 euros TTC par événement.

2.3.2. Rapatriement des proches du bénéficiaire

En cas de rapatriement de corps du bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend également en charge le rapatriement au domicile de son conjoint et/ou de ses enfants (ou ceux de ce dernier) restés sur le lieu de séjour. La prise en charge des titres de transport par FILASSISTANCE s'effectue dans les conditions exposées au 1.6.1.

2.3.3. Retour anticipé du bénéficiaire

S'il doit interrompre son séjour, en France ou à l'étranger, afin d'assister aux obsèques d'un proche, FILASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire et prend en charge un billet d'avion classe économique ou de train 1ère classe, depuis le lieu jusqu'au lieu d'inhumation situé en France. Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres bénéficiaires voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, FILASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire et prend en charge un billet d'avion classe économique ou de train 1ère classe, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré. La prise en charge des titres de transport par FILASSISTANCE s'effectue dans les conditions exposées au 1.6.1.

2.3.4. Accompagnement des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans

En cas de décès du bénéficiaire, et si ses enfants ou petits-enfants âgés de moins de 16 ans se retrouvent seuls sans surveillance, FILASSISTANCE met à la disposition d'un proche résidant en France, un billet d'avion classe économique ou de train 1ère classe, pour se rendre auprès des enfants. FILASSISTANCE organise et prend en charge également le retour au domicile des enfants du bénéficiaire et celui du proche qui les accompagne. La prise en charge des titres de transport par FILASSISTANCE s'effectue dans les conditions exposées au 1.6.1.

2.4. INFORMATION VOYAGE

A la demande du bénéficiaire, l'un des médecins de FILASSISTANCE pourra lui communiquer des informations ou renseignements mais ne pourra en aucun cas faire des consultations médicales par téléphone.

Ces renseignements concernent les domaines suivants :

- Hygiène de vie (alimentaire, etc.)
- Préparation aux voyages
- Maladies infantiles
- Réaction aux médicaments
- Vaccinations

N.B. : Toute demande d'information du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; FILASSISTANCE s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures dans les domaines mentionnés ci-avant. La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra être recherchée en cas de mauvaise utilisation ou d'interprétation inexacte par l'adhérent des renseignements communiqués.

2.5. ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER

Cette assistance juridique s'applique lorsque le bénéficiaire est poursuivi pour infraction involontaire à la législation du pays dans lequel il se trouve (autre que la France et ses DROM : Guyane, Martinique, Guadeloupe, Réunion).

2.5.1. Honoraires d'avocat

FILASSISTANCE met un avocat à la disposition du bénéficiaire et lui règle directement ses honoraires jusqu'à concurrence de 1 000 euros TTC par infraction.

2.5.2. Caution pénale

FILASSISTANCE fait au bénéficiaire, si besoin est, contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire, l'avance de la caution pénale exigée par les autorités locales pour éviter ou faire cesser l'incarcération, dans la limite de 8 000 euros TTC. Cette avance est remboursable dans un délai de trois mois à compter du jour du versement.

Si la caution lui est restituée par les autorités locales avant l'expiration de ce délai, le bénéficiaire rembourse immédiatement l'avance reçue. S'il est cité devant un Tribunal et ne se présente pas ou ne se fait pas représenter, le remboursement de l'avance devient immédiatement exigible, car il est impossible d'obtenir la restitution de la caution si le prévenu fait défaut.

3. EXCLUSIONS

Sont exclus :

- les conséquences d'accidents survenus avant la prise d'effet des garanties,
- le suicide ou la tentative de suicide survenant moins d'un an après l'affiliation.
- Les décès consécutifs à l'absorption d'alcool, de drogue ou de stupéfiants non prescrits médicalement,
- le décès consécutif à une surdose médicamenteuse ou l'absorption de médicaments non prescrits médicalement,
- le décès survenu du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent, à une compétition sportive, un pari, un match, un concours, un rallye ou à leurs essais préparatoires,
- les accidents dus à la négligence ou l'imprudence caractérisée du bénéficiaire à l'occasion de la pratique d'une activité sportive (non-respect des recommandations édictées par la fédération sportive, infraction aux règles de sécurité, non-respect des contre-indications médicales liées à l'état de santé),
- les accidents survenus lors de la pratique par le bénéficiaire de l'un des sports ou activités suivants : rafting, canoë en eaux vives et canyoning, delta-plane, parapente, planeur, Skeleton, bobsleigh, saut à ski, alpinisme avec passage en cordée, varappe, plongée sous-marine avec appareil autonome, spéléologie, saut à l'élastique, parachutisme,
- le décès causé par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ou par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants et qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire,
- le décès consécutif aux convalescences et affections en cours de traitement et/ou non encore totalement guéries au moment de l'affiliation initiale,
- les conséquences de la manipulation d'armes,
- le décès consécutif à un conflit armé (guerre étrangère -déclarée ou non- ou civile), à une émeute ou un mouvement populaire, à une rébellion, à une insurrection, à un attentat ou un acte de terrorisme, à un coup d'état, à un défi,
- le décès consécutif à la participation volontaire du bénéficiaire à une rixe ou un défi,
- les frais de recherche en montagne, en mer ou dans le désert,
- les frais de réintroduction du défunt au domicile ou vers le funérarium,
- les cas dans lesquels le bénéficiaire a commis de façon volontaire des infractions pénalement sanctionnées par la législation en vigueur, tant en France qu'à l'étranger

ANNEXE A LA NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF OBSEQUES

MONTANT DE LA GARANTIE OBSEQUES :

Garantie de Base		
Garantie	Age limite à la souscription	Age de fin de garantie
1 000 €	65 ans	Jusqu'à la veille de la date anniversaire du contrat de l'année des 66 ans de l'assuré

Garantie Optionnelle		
Garantie	Age limite à la souscription	Age de fin de garantie
(1) Jusqu'à la veille de la date anniversaire du contrat de l'année des 66 ans de l'assuré	(2) A partir de la date anniversaire du contrat de l'année des 66 ans de l'assuré	65 ans
1 000 €	2 000 €	-

Pour toutes questions ou lors du sinistre, vous pouvez contacter :

HENNER - Département La Garantie Obsèques

14 boulevard du Général Leclerc - CS 20058 - 92527 Neuilly-sur-Seine

Téléphone : 01.55.62.53.19

Email : garantie.obseques@henner.fr



Henner, SAS de courtage et de gestion d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739
Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (consultable sur www.orias.fr) - Relevant du contrôle de l'ACPR - Entreprise certifiée ISO 9001 par le Bureau Veritas Certification - Siège social : 14 bd du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine - www.henner.com

La Garantie Obsèques, Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - 14 Bd du Général Leclerc 92200 Neuilly sur Seine - Services Administratifs - 14 Bd du Général Leclerc 92200 Neuilly sur Seine - Services Administratifs - 14 bd du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine

Allianz Vie, S.A. au capital de 643 054 425 € 340 234 962 RCS Nanterre - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051 92076 Paris La Défense Cedex

FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société anonyme au capital de 4 100 000 € - entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NANTERRE, dont le siège social est situé 108 Bureaux de la Colline - 92231 SAINT-CLOUD CEDEX