

CONDITIONS GÉNÉRALES



ASSURANCE
SANTÉ

SURAVENIR ASSURANCES 

UNE FILIALE DU Crédit Mutuel ARKEA



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

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

Le Bulletin d'Adhésion

Il est établi selon les informations que vous avez déclarées et précise les dispositions propres à votre contrat :

- la date d'effet,
- les personnes assurées au contrat,
- les garanties choisies,
- les clauses applicables,
- la cotisation et le plan de paiement.

Les présentes Conditions Générales

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

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

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

N'oubliez pas que votre contrat a été établi sur vos déclarations en fonction de votre situation actuelle.

Vous devez nous informer de tout ce qui pourrait le modifier pour qu'il soit toujours adapté à votre situation.

Spécificités pour les Agents Territoriaux et les retraités des Collectivités Territoriales :

Votre contrat est un contrat d'assurance complémentaire santé individuel, régi par le Code des Assurances, les présentes Conditions Générales et le Bulletin d'Adhésion. Les agents territoriaux ainsi que les retraités des collectivités territoriales ne sont pas concernés par le caractère collectif du contrat évoqué ci-dessous.

Votre contrat d'assurance complémentaire santé est un contrat collectif N°1007 à adhésion facultative conclu par :

Les souscripteurs :

Les Fédérations Régionales du Crédit Mutuel ARKÉA agissant pour le compte des sociétaires et clients des Caisses de Crédit Mutuel de Bretagne, Massif Central et Sud-Ouest,

Et

L'ASSOCIATION de Prévoyance Collective et d'Assurance Santé – "APCAS" - agissant pour le compte de ses adhérents.

Auprès de l'assureur :

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

Les contrats collectifs sont renouvelables par tacite reconduction annuelle, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, adressée trois mois au moins avant l'échéance annuelle, par lettre recommandée, avec accusé de réception.

La dénonciation du contrat collectif par Suravenir Assurances ou le souscripteur entraîne sa transformation en un nouveau contrat collectif garantissant les seuls adhérents liés au souscripteur du contrat dénoncé et couvrant ces derniers aux conditions de l'ancien contrat.

Les contrats sont résiliables de plein droit en cas de retrait total de l'agrément de Suravenir Assurances (Art. L 326-12 du Code des Assurances).

Le contrat collectif auquel est rattachée une adhésion est mentionné sur le Bulletin d'Adhésion.

Le Bulletin d'Adhésion précise, notamment, les garanties et la cotisation applicables à votre contrat, en fonction des conditions d'acceptation arrêtées par Suravenir Assurances et des termes du contrat collectif auquel est rattachée votre adhésion.

QUELQUES DÉFINITIONS

Quelques définitions applicables aux garanties.....	3
---	---

1. TABLEAU DES NIVEAUX DE GARANTIES

• 1.1. L'offre Santé.....	4
• 1.2. L'offre Senior	6

2. VOTRE CONTRAT

• 2.1. L'objet du contrat.....	7
• 2.2. Les assurés.....	7
• 2.3. Vos garanties	7
• 2.4. Les remboursements.....	10
• 2.5. Les exclusions.....	11
• 2.6. La territorialité	11

3. LA VIE DE VOTRE CONTRAT

• 3.1. La prise d'effet et la durée de vos garanties	12
• 3.2. Vos déclarations	12
• 3.3. Votre cotisation	12
• 3.4. La modification de votre contrat	13
• 3.5. La résiliation.....	13
• 3.6. Les dispositions diverses.....	14

4. LA CONVENTION D'ASSISTANCE

• 4.1. Domaine d'application	16
• 4.2. Conseils et accompagnement en tout temps.....	19
• 4.3. Lors d'un aléa de santé	21
• 4.4. Prestations complémentaires en soutien à la maternité et parentalité.....	24
• 4.5. Prestations d'assistance complémentaires et spécifiques aux aidants.....	25
• 4.6. Prestations d'assistance à l'étranger.....	27
• 4.7. Cadre juridique.....	30

ADHÉRENT : La personne qui signe le Bulletin d'Adhésion.

ASSURÉ : Toute personne couverte par le contrat et désignée sur le Bulletin d'Adhésion.

AUTOMÉDICATION : L'automédication a été définie en France par le Conseil de l'Ordre des Médecins comme étant "l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tel et ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché, avec la possibilité d'assistance et de conseil des pharmaciens".

AYANT DROIT : L'ayant droit (enfant, conjoint, autre) est la personne rattachée à un ouvrant droit. Les ayants droit de plus de 16 ans sont détenteurs de leur propre carte Vitale.

CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS : Les contrats d'accès aux soins, initialement programmés au 1^{er} juillet 2013, sont entrés en vigueur au 1^{er} décembre 2013. Les médecins du secteur 2, tout comme les anciens chefs de clinique du secteur 1, peuvent adhérer au nouveau contrat d'accès aux soins. Certains médecins du secteur 1 peuvent également faire valoir ce droit, sous réserve de certains titres. Ces contrats d'accès aux soins ont pour objectif de favoriser l'accès des patients à des tarifs opposables (tarifs Sécurité sociale) et réduire leur reste à charge.

FRAIS AMBULATOIRES : Frais exposés pour une maladie ou un accident, dans le cadre d'une hospitalisation en ambulatoire, ne donnant pas lieu à remboursement par le Régime Obligatoire.

HOSPITALISATION : Tout séjour effectué sous surveillance médicale dans un hôpital, clinique ou centre agréé, ainsi que toute hospitalisation à domicile ayant donné lieu à une facturation établie par l'établissement hospitalier public.

NOUS : Suravenir Assurances.

OUVRANT DROIT : L'ouvrant droit est la personne assujettie à titre personnel ou obligatoire à un régime d'Assurance Maladie.

PARAPHARMACIE : La parapharmacie est un espace de vente de produits de soins, de bien-être, d'hygiène, de compléments alimentaires qui sont accessibles sans prescription médicale.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS : Tous les bénéficiaires d'une couverture maladie sont invités, à partir de 16 ans, à choisir un médecin traitant qui leur permet de s'inscrire dans le parcours de soins coordonnés. Ce parcours tend à rationaliser les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré. Le respect de ce dispositif par l'utilisateur de la santé conditionne la prise en charge normale de ses dépenses de santé par la Sécurité sociale. Dans le cas contraire, une charge supplémentaire sera appliquée sur les remboursements de la Sécurité sociale (hors cas d'orientation vers un médecin correspondant ou accès directs autorisés à certains spécialistes).

TARIF D'AUTORITÉ : Tarif fixé par arrêté ministériel s'appliquant aux professionnels de santé non conventionnés.

TARIF DE CONVENTION : Tarif établi par convention entre les professionnels de santé conventionnés et la Sécurité sociale.

TARIF DE RESPONSABILITÉ OU BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : Tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements. Il désigne le tarif de convention et le tarif d'autorité.

TICKET MODÉRATEUR : Partie du tarif de convention de la Sécurité sociale, laissée à la charge de l'assuré social et pouvant être pris en charge par les mutuelles santé ou assurances santé.

VOUS : Se reporter à la définition "assuré".

1. TABLEAU DES NIVEAUX DE GARANTIES

Les tableaux de garanties indiquent les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins coordonnés. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise de l'assuré qui restent à sa charge, conformément à la loi.

Les garanties en pourcentage sont exprimées par rapport à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en incluant son remboursement.

Les forfaits et plafonds sont exprimés par année d'adhésion et par assuré : ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ils sont effectués dans la limite des frais engagés et sont conformes aux dispositions des contrats responsables.

Les garanties s'appliquent dans les conditions, limites et exclusions des Conditions Générales du contrat et du Bulletin d'Adhésion souscrits.

1.1. L'OFFRE SANTÉ

Les niveaux de garanties étant totalement modulables par type de prestations, il convient de vous reporter à votre Bulletin d'Adhésion pour identifier les garanties souscrites.

Garanties (par assuré)	Econom	Medium	Optimum
Hospitalisation ⁽¹⁾	☒	☒	☒
Séjour Hospitalier			
Frais de séjour	100%	100%	100%
Soins et honoraires signataires du CAS ⁽²⁾	100%	150%	300%
Soins et honoraires non signataires du CAS ⁽²⁾	100%	130%	200%
Chambre particulière	Non	50 €/jour	Frais réels
Forfait hospitalier ⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport	100%	100%	100%
Hospi +			
Lit d'accompagnement enfant à charge de moins de 16 ans	Non	15 €/jour	30 €/jour
Frais annexes (TV, téléphone, journaux, wifi)			
Frais ambulatoires			
Assistance			
En cas de maladie, d'accident ou de maternité	Non	Oui	Oui
Soins courants	☒	☒	☒
Actes médicaux			
Consultations de généralistes et de spécialistes signataires du CAS ⁽²⁾	100%	150%	200%
Consultations de généralistes et de spécialistes non signataires du CAS ⁽²⁾	100%	130%	180%
Radiologie / Échographie / Analyses / Auxiliaires médicaux signataires du CAS ⁽²⁾	100%	150%	200%
Radiologie / Échographie / Analyses / Auxiliaires médicaux non signataires du CAS ⁽²⁾	100%	130%	180%
Pharmacie	100%	100%	100%
Automédication	Non	15 €/an	30 €/an
Petits appareillages / Prothèses auditives	100%	100%	100%
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale	Non	100%	100% + 200 €/an
Prévention			
Patch anti-tabac / Vaccin anti-grippe / Contraception	20 €/an	50 €/an	80 €/an
Bien-être +			
Ostéopathie / Chiropractie / Etiopathie / Diététicien	Non	60 €/an	120 €/an
Forfait naissance	150 €	150 €	150 €

Garanties (par assuré)	Econum	Medium	Optimum
Dentaire et Optique	☒	☒	☒
Dentaire			
Soins dentaires	100%	150%	200%
Prothèses dentaires et orthodontie	100%	200%	350%
Prothèses dentaires et implants dentaires (hors prothèses provisoires) non remboursés par la Sécurité sociale	Non	150 €/an	250 €/an
Optique⁽⁴⁾			
Monture et 2 verres simples	50 € / 2 ans	150 € / 2 ans	300 € / 2 ans
Monture et 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe	125 € / 2 ans	200 € / 2 ans	350 € / 2 ans
Monture et 2 verres complexes ou très complexes	200 € / 2 ans	250 € / 2 ans	400 € / 2 ans
Monture et 1 verre complexe + 1 verre très complexe			
Lentilles - opération de la myopie	100% + 50 € / an	100% + 150 € / an	100% + 300 € / an
Option EQUILIBRE			
Réduction sur votre cotisation moyennant des actes de gestion restant à votre charge	Option	Option	Option

(1) Les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires, en établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées, ou de long séjour, sont exclus.

Pour les séjours dans un établissement psychiatrique ou neuropsychiatrique (en secteur public ou privé), seuls le ticket modérateur et le forfait hospitalier sont couverts. Les frais de chambre particulière sont exclus et les frais d'HOSPI+ sont limités à 30 jours.

(2) CAS : Contrat d'Accès aux Soins.

(3) Dans la limite des frais réels actuels au 01/01/2016 de 18 € par jour.

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

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

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

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

Spécificités pour les Agents Territoriaux et les retraités des Collectivités Territoriales : Seule l'offre Santé (article 1.1) est accessible, à l'exclusion de l'option Equilibre.

L'offre Senior (article 1.2) n'est pas accessible..

1.2. L'OFFRE
SENIOR

Garanties (par assuré)	Senior
Hospitalisation ⁽¹⁾	
Frais de séjour	100%
Soins et honoraires signataires du CAS ⁽²⁾	100%
Soins et honoraires non signataires du CAS ⁽²⁾	100%
Chambre particulière	46 € maxi 90 jours / an
Forfait hospitalier ⁽³⁾	Frais réels
Forfait hospitalier psychiatrie ⁽³⁾	Frais réels
Soins courants	
Actes médicaux	
Consultations de généralistes et de spécialistes signataires du CAS ⁽²⁾	100%
Consultations de généralistes et de spécialistes non signataires du CAS ⁽²⁾	100%
Radiologie / Échographie / Analyses / Auxiliaires médicaux signataires du CAS ⁽²⁾	100%
Radiologie / Échographie / Analyses / Auxiliaires médicaux non signataires du CAS ⁽²⁾	100%
Pharmacie	100%
Prothèses et appareillages	100%
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale	200 € / an
Prévention	
Vaccin anti-grippe	13 € / an
Dentaire et Optique	
Dentaire	
Soins dentaires	100%
Prothèses dentaires	125%
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	Non
Optique⁽⁴⁾	
Monture et 2 verres simples	50 € / 2 ans
Monture et 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe	125 € / 2 ans
Monture et 2 verres complexes ou très complexes	200 € / 2 ans
Monture et 1 verre complexe + 1 verre très complexe	
Lentilles, opération de la myopie	50 € / an
Autres garanties	
Transport hors hospitalisation	100%
Assistance	Oui
Option ÉQUILIBRE	
Réduction sur votre cotisation moyennant des actes de gestion restant à votre charge	Option

(1) Les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires, en établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées, ou de long séjour, sont exclus.

Pour les séjours dans un établissement psychiatrique ou neuropsychiatrique (en secteur public ou privé), seuls le ticket modérateur et le forfait hospitalier sont couverts. Les frais de chambre particulière sont exclus et les frais d'HOSPPI+ sont limités à 30 jours.

(2) CAS : Contrat d'Accès aux Soins.

(3) Dans la limite des frais réels actuels au 01/01/2016 de 18 € par jour.

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

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

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

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

2. VOTRE CONTRAT

2.1. L'OBJET DU CONTRAT

Les niveaux de garanties étant totalement modulables par type de prestations, il convient de vous reporter à votre Bulletin d'Adhésion pour identifier les garanties souscrites.

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

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

Le contrat s'inscrit dans le cadre législatif et réglementaire des contrats dits "responsables" institué par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et ses différents décrets d'application. À ce titre, il ne couvre pas la participation forfaitaire prévue à l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et répond à l'ensemble des conditions de prise en charge mentionnées aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties du contrat sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la souscription. Elles seront revues sans délai en cas de modifications des textes de la Sécurité sociale.

2.2. LES ASSURÉS

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

Ces personnes désignées peuvent être :

- l'adhérent, assujéti à un Régime Obligatoire ou personnel d'Assurance Maladie et âgé de 18 ans à moins de 75 ans révolus,
- son conjoint ou concubin, assujéti à titre personnel ou d'ayant droit,
- les enfants et les autres ayants droit (fiscalement à charge) de l'adhérent ou de son conjoint ou concubin.

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

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

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

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

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

Spécificités pour les Agents Territoriaux et les retraités des Collectivités Territoriales : ils ne sont pas concernés par la limite d'âge de 75 ans.

2.3. VOS GARANTIES

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

2.3.1. L'hospitalisation

Votre contrat couvre, en fonction de la formule choisie :

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

✓ Les plus des niveaux Medium et Optimum :

- La "chambre particulière" vous permet de couvrir le supplément pour chambre particulière non pris en charge par les organismes d'Assurance Maladie,
- Le forfait "Hospi +" vous permet de couvrir les autres frais non pris en charge par les organismes d'Assurance Maladie, sur présentation des justificatifs de paiement :
 - les frais pour le lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'enfants à charge de moins de 16 ans,
 - les frais annexes : télévision, téléphone fixe et Wifi de l'hôpital et les journaux / magazines,
 - les frais ambulatoires.
- L'assistance.

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

Pour les séjours dans un établissement psychiatrique ou neuropsychiatrique (en secteur public ou privé) :

- nous ne prenons pas en charge la chambre particulière,
- le forfait « Hospi + » est limité à 30 jours / an consécutifs ou non,
- seuls le ticket modérateur et le forfait hospitalier sont couverts.

Les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires, en établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées, ou de long séjour, sont exclus.

2.3.2. Les actes médicaux

Votre contrat couvre, en fonction de la formule choisie :

- les honoraires de consultations de médecins généralistes ou spécialistes,
- les visites et soins prodigués à domicile par des médecins ou des auxiliaires médicaux,
- les frais d'analyses médicales, d'exams et actes de prélèvement,
- les frais de radiologie, d'échographie.

Conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, dans le cas de consultations, visites ou actes médicaux effectués :

- en dehors du parcours de soins :

La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires (en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités : gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie) resteront à votre charge.

- auprès de praticiens n'adhérant pas au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) :

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

2.3.3. La pharmacie

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

✓ Les plus des niveaux Medium et Optimum :

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

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

2.3.4. Les cures thermales

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

✓ Les plus du niveau Optimum :

Un forfait supplémentaire annuel versé intégralement en une seule fois pour faire face aux frais d'hébergement ou de transport.

2.3.5. La prévention

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

- le patch anti-tabac,
 - le vaccin anti-grippe,
 - la contraception,
- sur présentation d'un justificatif de paiement.

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

2.3.6. Le bien-être +

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

- d'ostéopathie,
- de chiropractie,
- d'étiopathie,
- de diététicien,

sur présentation d'un justificatif de paiement.

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

✓ Les plus :

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

2.3.7. Le dentaire

Votre contrat couvre, en fonction de la formule choisie :

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

2.3.8. L'optique

Votre contrat couvre, en fonction de la formule choisie :

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

✓ Les plus :

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

Conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, la prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents selon le niveau de correction de vos verres. Elle est par ailleurs limitée à un équipement (monture et verres) tous les deux ans à compter de la date d'achat, à l'exception des mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut alors être remboursé tous les ans.

2.3.9. L'option équilibre

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

Application d'actes de gestion

Les actes de gestion sont calculés par acte pour les soins médicaux et par ordonnance pour les prescriptions médicamenteuses.

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

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

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

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

Modalités d'application des actes de gestion

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

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

L'évolution des actes de gestion

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

La renonciation à l'option

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

En contre partie, la réduction de votre cotisation est supprimée.

Spécificités pour les Agents Territoriaux et les retraités des Collectivités Territoriales : l'option Equilibre n'est pas accessible.

2.4. LES REMBOURSEMENTS

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

Les forfaits et plafonds sont exprimés par année d'adhésion et par assuré et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les garanties du contrat sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale en vigueur le jour de la souscription. Elles seront revues sans délai en cas de modifications des textes de la Sécurité sociale.

Les documents à nous transmettre :

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

- les originaux des décomptes de remboursement de la Sécurité sociale, sauf pour les assurés qui relèvent de Caisses d'Assurance Maladie transmettant la copie informatique des décomptes à Suravenir Assurances,
- les factures acquittées attestant du montant des débours réels en cas de dépassement de tarif, si les frais réels ne figurent pas sur les décomptes de remboursement de la Sécurité sociale,
- une attestation du montant des prestations éventuellement versées par d'autres organismes,
- sur demande de Suravenir Assurances, toute pièce justificative de l'origine et de la nature de l'affection.

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

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

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

2.5. LES EXCLUSIONS

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

- les frais consécutifs aux soins ou hospitalisations effectués ou ayant débutés avant la date d'effet du présent contrat,
- les actes ou prescriptions ne donnant pas lieu à une prise en charge par votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie sauf indications sur votre Bulletin d'Adhésion,
- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires, en établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées, ou de long séjour.

Autres exclusions :

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

2.6. LA TERRITORIALITÉ

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

3. LA VIE DE VOTRE CONTRAT

3.1. LA PRISE D'EFFET ET LA DURÉE DE VOS GARANTIES

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

Votre contrat est valable pour une durée d'un an, délai après lequel il se renouvelle automatiquement d'année en année, sauf si vous ou nous prenons l'initiative d'y mettre un terme.

3.2. VOS DÉCLARATIONS

3.2.1. À la souscription

Lors de la souscription de votre contrat, vos déclarations doivent être conformes à la réalité. Celles-ci permettent d'apprécier les risques à prendre en charge pour toutes personnes couvertes par le contrat.

Conformément à l'article L 113.8 du Code des Assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité du contrat.

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

3.2.2. En cours du contrat

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

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

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

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

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

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

3.3. VOTRE COTISATION

3.3.1. La périodicité de votre cotisation

Votre cotisation est payable d'avance et annuellement à l'échéance mentionnée sur votre Bulletin d'Adhésion. La cotisation annuelle peut toutefois faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

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

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

En cas de non paiement de vos cotisations dans les délais impartis, nous vous adressons une lettre recommandée valant mise en demeure en application de l'article L 113-3 du Code des Assurances à votre dernier domicile connu. Les effets de cette lettre sont les suivants :

- la cotisation annuelle devient exigible, même en cas de paiement fractionné,
- en cas de non paiement dans un délai de 30 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, les garanties de votre contrat sont suspendues,
- après un délai supplémentaire de 10 jours (40 jours au total après la lettre de mise en demeure), votre contrat est automatiquement résilié si la totalité de la somme exigée n'est pas réglée.

Nous conservons, même après la résiliation, le droit de procéder au recouvrement de la cotisation impayée en exécution du contrat.

Un règlement effectué après le délai de 40 jours n'entraîne en aucun cas la remise en vigueur du contrat.

Un règlement partiel n'annule pas les effets de la mise en demeure.

3.3.2. L'évolution de votre cotisation

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

- l'évolution des dépenses de santé fournie par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie de l'année en cours,
- et notamment de la formule choisie, votre âge, les résultats techniques, mais aussi des évolutions réglementaires.

3.4. LA MODIFICATION DE VOTRE CONTRAT

Vous avez la possibilité de modifier les niveaux de vos garanties en cours de contrat. Dans ce cas, vos nouvelles garanties prendront effet à l'échéance principale qui suit la modification.

Dans le cas d'un ajout ou retrait d'un assuré, les modifications de contrat prennent effet le jour suivant la modification.

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

3.5. LA RÉSILIATION

Votre contrat est renouvelé chaque année automatiquement, par tacite reconduction. Il est possible de le résilier dans les cas et selon les modalités suivantes :

Cas de résiliation	Par qui ?	Articles du Code des Assurances
À chaque échéance annuelle moyennant un préavis de 1 mois par lettre recommandée adressée à l'assureur.	Vous	L 113-12
Conformément aux dispositions prévues par la Loi Châtel dans un délai de 20 jours à compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance, par lettre recommandée adressée à l'assureur.	Vous	L 113-15-1
Si vous changez : - de domicile, - de situation ou régime matrimonial, - de profession, ou si vous cessez toute activité professionnelle, et si ce changement affecte la nature du risque garanti, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La résiliation doit être faite dans les 3 mois qui suivent l'événement et prend effet 1 mois après notification	Vous ou Nous	L 113-16
Si nous résilions un de vos contrats après sinistre : dans ce cas, vous pouvez dans le délai d'un mois de la notification de la résiliation de la police sinistrée, résilier les autres contrats d'assurance souscrits auprès de Suravenir Assurances, la résiliation prenant effet 1 mois à dater de la notification à l'assureur. Si nous ne consentons pas à réduire la cotisation suite à diminution du risque.	Vous	R 113-10 L 113-4
Si nous augmentons la cotisation de référence	Vous	
Dans le cas d'une affiliation à un contrat groupe obligatoire, votre résiliation sera prise en compte rétroactivement à la date d'effet de votre nouveau contrat : - sous réserve de nous en informer dans un délai de 3 mois, à compter de la date de prise d'effet du contrat groupe, - et à la condition de n'avoir eu aucun soin remboursé pendant cette même période. Sinon, la résiliation sera effective à la date de réception de votre demande.	Vous	
En cas de cessation d'affiliation au régime de Sécurité sociale français.	Vous ou Nous	
À chaque échéance annuelle moyennant un préavis de 2 mois par lettre recommandée à votre dernier domicile connu.	Nous	L 113-12
En cas de déclarations incomplètes ou inexactes du risque, moyennant un préavis de 10 jours par lettre recommandée. En cas de non-paiement de la cotisation.	Nous	L 113-9 L 113-3
En cas de décès de l'adhérent, le contrat sera résilié au lendemain du décès. Si d'autres personnes sont couvertes par le contrat, les droits et obligations de l'adhérent décédé peuvent être transférés à un nouvel adhérent.	L'héritier ou Nous	
Si l'agrément nous est retiré par le Ministère de Tutelle.	De plein droit	L 326-12

Sort de la cotisation

Dans les cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, nous vous remboursons la portion de cotisation afférente à la période non courue sauf en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations.

Modalités de résiliation

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

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

3.6. LES DISPOSITIONS DIVERSES

3.6.1. La subrogation et le recours après sinistre

Conformément à l'article L 121.12 du Code des Assurances, en cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

3.6.2. La prescription

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

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

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

3.6.3. Informatique et Libertés

Dans le cadre de la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, des données à caractère personnel vous concernant sont collectées et font l'objet d'un traitement informatique par l'assureur, responsable du traitement et par la société Owlance. Elles ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux établissements et prestataires de ces deux entités ou toute personne appelée à en avoir connaissance dans le cadre de la gestion du contrat ainsi que tout autre organisme professionnel habilité à centraliser les données issues des contrats d'assurance. Certains de ces destinataires sont situés en dehors de l'Union Européenne, et en particulier la filiale tunisienne du Groupe Owlance qui traite de l'exploitation et de la gestion du réseau informatique. Afin d'assurer un niveau de protection suffisant de vos données personnelles, le transfert de ces données a été autorisé par la CNIL et est encadré par des règles internes validées par la CNIL. Ces données peuvent également faire l'objet de traitements informatiques par les sociétés du Groupe Crédit Mutuel Arkéa pour la communication d'informations commerciales.

Les échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec l'assureur sont susceptibles d'être analysés et enregistrés pour des raisons de qualité de service. Ces enregistrements sont exclusivement destinés à l'usage interne de l'assureur.

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et le cas échéant, de rectification, d'opposition pour motifs légitimes ou de suppression des informations vous concernant en vous adressant par mail à l'adresse : cil@suravenir-assurances.fr ou par courrier à : Suravenir Assurances, service traitant les demandes Informatique et libertés : 44 931 Nantes Cedex 9.

3.6.4. Le cumul d'assurance

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

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

3.6.5. Démarchage à domicile ou vente à distance

Démarchage à domicile (article L.112.9 du Code des assurances): toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à l'assureur pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Toute lettre recommandée adressée à une entité juridique autre sera dépourvue de tout effet.

Vente à distance (article L 112.2.1 du Code des Assurances): en cas de vente à distance vous bénéficiez de la faculté de renoncer à votre contrat dans les quatorze jours qui suivent sa date de conclusion, sans motif ni pénalité.

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

"Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat N° (N° du contrat) d'assurance conclu (à distance/par démarchage à domicile) le (date) et demande le remboursement de la cotisation, déduction faite de la part correspondant à la période durant laquelle le contrat était en vigueur.

Dans ce cas, la résiliation prendra effet à compter de la date de réception de la présente lettre."

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

3.6.6. La médiation

En cas de questions relatives à la vie de votre contrat, consultez en premier lieu votre contact habituel, il reste votre interlocuteur privilégié.

Si la réponse obtenue ne répond pas à vos attentes, vous avez également la possibilité d'adresser votre réclamation au service Relations Clientèle - Suravenir Assurances, 44931 Nantes cedex 9.

Nous nous engageons à accuser réception de votre réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si la réponse elle-même vous est apportée dans ce délai.

Nous nous engageons à vous répondre dans les meilleurs délais et au plus tard sous deux mois à compter de la réception de votre réclamation.

En ultime recours, si cette dernière réponse apportée ne vous satisfaisait pas, vous pouvez saisir le Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA) à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

Fax : 01.45.23.27.15

Email : le.mediateur@mediation-assurance.org

3.6.7. L'autorité de contrôle

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

4. LA CONVENTION D'ASSISTANCE

4.1. DOMAINE D'APPLICATION

4.1.1. Bénéficiaires

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

Sont couverts par la présente convention d'assistance :

- le bénéficiaire du contrat "Complémentaire Santé" souscrit auprès de Suravenir Assurances
- et ses ayants droit

4.1.2. Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la même date que le contrat d'assurance "Complémentaire Santé" de Suravenir Assurances.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'assuré auprès de Suravenir Assurances, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'assisteur.

4.1.3. Couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement en France Métropolitaine ou à Monaco (au-delà de 50 km du domicile, pour la prestation "Transfert médical"),
- dans le monde entier pour l'assistance à l'étranger.

Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

4.1.4. Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans votre contrat. Ils sont définis dans la convention d'assistance et peuvent être les suivants :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- un traitement,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure survenant au bénéficiaire.

L'assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, à raison d'une seule prestation par fait générateur.

Les prestations d'informations, de soutien social ou psychologique, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

4.1.5. Modalités de mise en œuvre

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

Par téléphone :

 **N°Cristal 09 69 36 87 76**

APPEL NON SURTAXÉ
(COÛT SELON OPÉRATEUR)

Par télécopie : 02 40 44 43 93 / Télécopie Médecin Conseil : 02 40 44 43 00

Pour les bénéficiaires appelant de l'étranger :

Par téléphone : 00 33 969 368 776

SANS OUBLIER :

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

Lors de votre 1^{er} appel, un n° d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les dix jours (10 jours) qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Pour le conseil, le transfert médical et l'assistance à l'étranger, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Le bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'assisteuse tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'assisteuse sont des pièces originales.

4.1.6. Exécution des prestations

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'assisteuse et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire, n'est remboursée par l'assisteuse.

De plus, il convient de préciser que l'assisteuse ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidées par les organismes primaires d'urgence et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

Dès l'appel de l'un des bénéficiaires, l'assisteuse met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'assisteuse ne pourra s'engager sur une obligation de résultats.

L'assisteuse ne participe pas aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.

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

Dans le cadre de l'assistance à domicile, en France métropolitaine ou à Monaco, l'assisteuse met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, dès l'appel de l'un des bénéficiaires, pour répondre au plus vite à la demande. Toutefois, l'assisteuse se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

4.1.7. Définitions

Pour l'application de la présente convention d'assistance on entend par :

ACCIDENT : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

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

AIDANT : personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être l'adhérent lui-même, un ayant droit ou toute personne, qui vient en aide à titre non professionnel, à l'adhérent ou à un ayant droit.

AIDE À DOMICILE : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du bénéficiaire.

ANIMAUX FAMILIERS DE COMPAGNIE : sont considérés comme animaux familiers de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par bénéficiaire.

AUTORITÉ MÉDICALE : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le bénéficiaire se trouve.

ASCENDANT : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents du bénéficiaire.

AYANTS DROIT : les ayants droit du bénéficiaire sont ceux inscrits comme tels par le souscripteur au titre de son contrat « Complémentaire Santé ».

ATTENTAT : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur. Cet attentat devra être recensé par l'État français.

BÉNÉFICIAIRE : sont considérées comme bénéficiaires des prestations assistance les personnes désignées sur le Bulletin d'Adhésion du contrat d'assurance Complémentaire Santé, à savoir :

- le souscripteur d'un contrat d'assurance Santé, auprès de Suravenir Assurances, dont les coordonnées figurent sur le Bulletin d'Adhésion. Il est précisé que dans le cas d'un souscripteur non bénéficiaire des garanties "complémentaire santé", les prestations d'assistance ne sont pas accordées,
- son conjoint ou concubin vivant sous le même toit,
- leur(s) enfant(s) célibataire(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal et vivant sous le même toit et,
- le cas échéant, leur(s) enfant(s) qui viendrait (ent) à naître au cours de la validité du contrat,
- les ascendants, à charge fiscalement, ou vivant sous le même toit auxquels sont versés des pensions alimentaires donnant droit à déduction sur le revenu global du souscripteur du contrat,
- de façon générale, les personnes couvertes par le contrat d'assurance signé par le souscripteur.

CATASTROPHE NATURELLE : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

CENTRE DE CONVALESCENCE : les centres de convalescence sont des 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 séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

CONSOLIDATION : stabilisation durable de l'état de santé du bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

DÉPENDANCE : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive.

DOMMAGES CORPORELS : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

DOMICILE OU RÉSIDENCE HABITUELLE : le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France métropolitaine, à Monaco.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire, on entend par domicile principal le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent adhérent.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

ÉTABLISSEMENT DE SOINS : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

ÉTRANGER : tout pays en dehors du pays de domicile en France métropolitaine ou Monaco.

FRAIS D'HÉBERGEMENT : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

GROSSESSE PATHOLOGIQUE : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.

HANDICAP : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

HOSPITALISATION : Tout séjour comprenant au minimum une nuitée effectué sous surveillance médicale dans un hôpital public ou privé, une clinique ou un centre agréé, ainsi que toute hospitalisation à domicile (HAD) ayant donné lieu à une facturation établie par l'établissement hospitalier public.

IMMOBILISATION : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle le bénéficiaire ne peut disposer d'aucun soutien de proximité.

MALADIE : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

MALADIE SOUDAINE À L'ÉTRANGER : désigne une pathologie inattendue et non récurrente qui nécessite un traitement d'urgence pour prévenir ou atténuer le danger présent sur la vie ou la santé. Une situation d'urgence n'existe plus lorsque les données médicales indiquent que le bénéficiaire est capable de rentrer dans son pays de résidence habituelle pour obtenir et/ou continuer son traitement.

MATERNITÉ : sont considérés comme maternité tout séjour de plus de 5 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

MEMBRE DE LA FAMILLE : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du bénéficiaire.

PAYS DE SÉJOUR : le pays dans lequel le bénéficiaire séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par le présent contrat d'Assistance en dehors de son pays de résidence.

PERSONNE DÉPENDANTE : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'assistant afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

PROCHE : les ascendants (les parents, grands-parents, arrière-grands-parents du bénéficiaire et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays que le bénéficiaire.

RESPONSABILITÉ CIVILE : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

SOINS MÉDICALEMENT NÉCESSAIRES : dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

SOUSCRIPTEUR : personne physique ayant souscrit à titre individuel au contrat d'assurance "Complémentaire Santé" auprès de Suravenir Assurances.

TRAITEMENT : Seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés.

TRANSPORT : sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 km) et dans la limite de 500 € pour les transports en France métropolitaine, Monaco ou dans les DROM. L'assistant est seul décisionnaire du moyen utilisé.

4.2. CONSEILS ET ACCOMPAGNEMENT EN TOUT TEMPS

Le service de renseignements téléphoniques apporte une aide et des conseils dans les domaines de la vie courante et en matière de santé.

4.2.1. Information juridique

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

Réglementaire :

- Habitation / logement,
- Justice / défense / recours,
- Vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- Assurances sociales / allocations / retraites,
- Fiscalité,
- Famille.

Pratique :

- Consommation,
- Vacances / loisirs,
- Formalités / cartes / permis,
- Enseignement / formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48h. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

4.2.2. Soutien psychologique

Le soutien est réalisé par des psychologues cliniciens, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels, généralement limités à 10 par année civile.

Un soutien destiné aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs est proposé dans les situations suivantes : difficulté scolaire, situation de harcèlement ou agression, conduites à risques, souffrance psychologique ... Après évaluation du psychologue et adhésion du bénéficiaire, un suivi thérapeutique de proximité peut être organisé.

En cas d'aléas de santé, un soutien peut être proposé aux bénéficiaires pour des problématiques telles que : annonce d'un diagnostic, traitement, évolution de la maladie, image de soi, gestion des douleurs, répercussions sur la vie conjugale, familiale et professionnelle.

Un soutien spécifique est assuré en cas de difficultés professionnelles telles que :

- risques psycho-sociaux,
- état de stress au travail,
- situation d'agression et de violence,
- épuisement...

Un soutien psychologique adapté est proposé aux aidants pour :

- deuil anticipé,
- travail autour de la culpabilité,
- réflexion autour des rôles dans le couple ou dans la famille,
- prévention de l'épuisement...

En cas de décès, le proche pourra recourir au service de soutien psychologique afin de l'accompagner dans son travail de deuil.

4.2.3. Accompagnement social

L'accompagnement est réalisé par des assistantes sociales ou conseillères en Économie Sociale et Familiale sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels.

Des informations destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur les thèmes suivants : cursus scolaire et universitaire, entrée dans la vie active, accès aux droits, gestion d'un budget, logement...

Le service social peut vous aider et vous informer dans les domaines suivants :

- aide au budget : bilan de la situation (ressources, charges, endettement, surendettement), recherche de solutions pour équilibrer le budget.
- soutien à la parentalité : mode de garde, coparentalité, nutrition, relations familiales et conjugales.
- soutien en cas d'aléas de santé : aide à domicile, adaptation du logement et ou du poste de travail, ouverture de droits (invalidité, handicap, retraite...).
- aide au départ à la retraite : démarches administratives, projection budgétaire, investissement d'un nouveau rôle social.

Un accompagnement social adapté est proposé aux aidants pour :

- rechercher et financer des solutions de répit (hébergement temporaire, accueil de jour...),
- organiser et financer du soutien à domicile (aide et soins à domicile...),
- faciliter la conciliation vie professionnelle/vie privée (congé, allocations...).

Un conseil personnalisé concernant les Services à la Personne peut être prodigué pour :

- trouver l'organisme (aide à domicile, aide aux familles, aide aux déplacements...),
- constituer des dossiers de demande de financement (Caisses de retraite, APA, aide sociale...),
- rechercher, si la situation le justifie, une aide au financement des restes à charge.

En cas de décès, le proche pourra bénéficier d'un accompagnement social pour :

- réaliser les démarches administratives,
- rechercher des aides pour le financement des obsèques,
- faciliter une nouvelle organisation de la famille.

4.2.4. Appels de convivialité

Ces entretiens sont animés par un écoutant social dans la limite de 10 par année civile par bénéficiaire. Ils ont vocation à rompre l'isolement et à faciliter la restauration d'une vie sociale.

Ces entretiens visent à créer un cadre d'échange bienveillant et en s'appuyant sur les centres d'intérêt du bénéficiaire afin de le mobiliser pour retrouver une vie sociale sur son territoire de vie.

4.2.5. Conseils et informations médicales

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'assistant ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112 depuis un téléphone portable).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que : IST, MST, contraception, IVG, hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation...)

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales...

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos de :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo-squelettiques,
- risques psycho-sociaux,
- bilans de santé...

4.3. LORS D'UN ALÉA DE SANTÉ

4.3.1. Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile

Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses

Si le bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'assistant organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. Les médicaments et les courses restent à la charge du bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 km du domicile du bénéficiaire.

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

4.3.2. Prestations en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures, en cas de maternité ou en cas d'immobilisation prévue de plus de 10 jours ou imprévue de plus de 5 jours médicalement constatée

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

4.3.2.1. Aide à domicile

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

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

4.3.2.2. Autres prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

Si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'assistant met en place et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation en substitution à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

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

4.3.2.3. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, l'assistant prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité. Pendant cette période de 5 jours, l'assistant se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école.

- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine ou à Monaco.
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

4.3.2.4 Garde des personnes dépendantes

Le bénéficiaire à la responsabilité de personnes dépendante, l'assistant prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité,
- soit le transport aller/retour de ces personnes chez des proches, résidant en France métropolitaine ou à Monaco ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

4.3.2.5 Garde des animaux familiers

L'assistant prend en charge le gardiennage des animaux familiers du bénéficiaire dans un centre agréé. Cette prestation est limitée à 30 jours avec un maximum de 300 € TTC.

4.3.2.6 Présence d'un proche au chevet

L'assistant organise, sans prendre en charge, le transport d'un proche, résidant en France métropolitaine ou à Monaco jusqu'au domicile du bénéficiaire, ainsi que son hébergement à l'hôtel. Les frais sont à la charge du proche.

4.3.3. Prestation en cas de traitement de chimiothérapie ou radiothérapie du bénéficiaire

L'assistant met à la disposition du bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile, et ce pendant toute la durée du traitement. Cette prestation s'organise à raison de 2 fois 2 heures pendant 2 jours après chaque séance.

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

4.3.4.1. Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins de 16 ans

Afin de permettre au bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'assistant propose au bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour ou si le bénéficiaire le souhaite, l'assistant prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours de congés de garde d'enfants malades accordés par la convention collective du bénéficiaire salarié.

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par télécopie au médecin-conseil : 02 44 43 00, par mail à medecinconseil@rassistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance Suravenir Assurances - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'assistant les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'assistant par téléphone (autant que nécessaire).

4.3.4.2. École à domicile

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, à compter du 16^{ème} jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

L'assistant oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge soit les coûts non défiscalisables occasionnés soit l'organisation de la prestation dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie. Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, histoire, géographie, mathématiques, sciences naturelles, physique, chimie, 1^{ère} et 2^{ème} langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine, ils seront financièrement à sa charge.

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

Si l'immobilisation de l'enfant devait se prolonger au-delà des délais précisés ci-dessus, l'assistant informerait et orienterait le bénéficiaire vers toute autre structure compétente pouvant aider l'enfant à poursuivre sa scolarité.

Justificatifs

Le bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'assistant un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

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

4.3.5. Prestations en cas d'hospitalisation imprévue, suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile en France métropolitaine ou à Monaco

4.3.5.1. Conseil médical en cas de maladie ou d'accident ou de blessure

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'assistant donne à un bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'assistant sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'assistant se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'assistant propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'assistant.

4.3.5.2. Transfert médical

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'assistant propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin traitant,
- le transfert vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient.

Selon l'état du bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- en utilisant le véhicule du bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par l'assistant,
- en train,
- en avion de ligne régulière,
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

L'assistant se charge :

- de l'organisation du transfert,
- de la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel,
- de l'accueil à l'arrivée.

L'assistant prend en charge les frais correspondants restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité sociale. Les transferts médicaux pour raisons de confort ou rapprochement familial sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'assistant, s'il n'a été préalablement décidé par le médecin de l'assistant. Ainsi, l'assistant ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'assistant, après contact avec le

médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT : Tout refus par le bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'assistant entraîne automatiquement LA NULLITÉ de la prestation.

4.3.6. Prestations en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile en France métropolitaine ou à Monaco

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'assistant prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le bénéficiaire a son domicile principal. L'assistant organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 75 € TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits (frais de restauration exclus). Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'assistant organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'assistant participe aux frais d'hébergement à concurrence de 75 € TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits. L'assistant prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'assistant, dans les meilleurs délais.

4.4. PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES EN SOUTIEN À LA MATERNITÉ ET PARENTALITÉ

4.4.1. Accompagnement spécifique à la parentalité

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficier, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Un interlocuteur qualifié est à votre disposition et le coût de ses conseils est pris en charge par l'assistant.

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

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

4.4.3. En cas de grossesse pathologique

4.4.3.1. Aide à domicile

En cas d'immobilisation de plus de 5 jours à domicile médicalement constatée due à une grossesse pathologique, l'assistant organise et prend en charge une aide à domicile afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes. Cette aide à domicile intervient à concurrence d'un maximum de 12 heures à raison d'un maximum de 4 heures par semaine avant les congés pathologiques légaux ou en tout état de cause avant l'accouchement.

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

4.4.3.2. Garde des enfants de moins de 16 ans

En cas d'immobilisation de plus de 5 jours à domicile médicalement constatée due à une grossesse pathologique, l'assistant prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité. Pendant cette période de 5 jours, l'assistant se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école,
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine ou à Monaco,
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

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

4.4.4. En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours ou d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours de la « garde d'enfants » habituelle et salariée

Si le bénéficiaire a des enfants âgés de moins de 7 ans et que la personne salariée assurant leur garde habituelle est hospitalisée de manière imprévue plus de 4 jours ou immobilisée de manière imprévue et médicalement constatée plus de 5 jours, l'assistant prend en charge une garde d'enfants compétente à domicile pour une période de 5 jours, à raison de 8 heures par jour pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation.

Ou, si le bénéficiaire le souhaite, l'assistant prend en charge :

- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine ou à Monaco,
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile pour garder les enfants.

Justificatifs

Toute demande doit être envoyée avant le déclenchement de la prestation et justifiée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical indiquant l'incapacité de la garde d'enfants salariée de prendre en charge la garde des enfants suite à son immobilisation. Ce justificatif doit être adressé par télécopie au médecin-conseil : 02 40 44 43 00, par mail à medecinconseil@rmasistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'assistance Suravenir Assurances - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.

4.5. PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS

4.5.1. Bilan psycho-social de la situation

À tout moment, l'aidant peut solliciter l'expertise de l'équipe pluridisciplinaire pour faire le point sur la situation. À l'issue de cet entretien, un accompagnement téléphonique sera proposé :

- pour un soutien moral par des psychologues cliniciens dans la limite de 10 entretiens par année civile,
- pour une aide aux démarches sociales avec des assistantes sociales,
- pour une aide à la gestion du quotidien avec des conseillères en économie sociale et familiale,
- pour des appels de convivialité par un écoutant social.

Les professionnels de l'équipe sont soumis à la confidentialité et le coût des accompagnements est pris en charge par l'assistant.

4.5.2. Assistance en cas de situation de crise

L'ensemble des prestations est délivré dans le cadre d'un accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire :

- par un psychologue clinicien, en complément du suivi visant à mieux vivre la situation, à travailler autour des émotions générées par la situation et sur la relation aidant/aidé...
- par un travailleur social, en adéquation avec les démarches visant notamment la gestion des impacts de la maladie sur le quotidien, un accès au répit et à son financement et à la mise en relation avec un réseau d'aide de proximité...

4.5.2.1. Empêchement de l'aidant lié à son état de santé

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'assistant prend en charge (sur justificatif), soit :

- une prestation d'aide à domicile à concurrence d'un maximum de 15 heures sur 15 jours,
- une prestation de bien-être ou de soutien à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile : séance(s) de coiffure à domicile ou de pédicure, prestation(s) de livraison de courses alimentaires, service(s) de portage de repas, entretien(s) du linge, séance(s) de coaching santé, coaching nutrition,
- l'organisation et le financement à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile du coût du transport d'un proche au domicile si l'aidant partage habituellement le domicile de la personne aidée,
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile.

4.5.2.2. Épuisement de l'aidant

En cas de situation d'épuisement de l'aidant attestée par un certificat médical d'une part et par l'analyse de l'équipe pluridisciplinaire d'autre part, l'assistant prend en charge (sur justificatif), soit :

- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de 2 nuits consécutives,
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit,
- l'organisation d'un accueil de jour, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit.

4.5.2.3. Dégradation de l'état de santé de la personne aidée

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de la personne aidée qui engendre une diminution de ses capacités attestées médicalement, l'assistant prend en charge (sur justificatif), soit :

- une prestation d'aide à domicile à concurrence d'un maximum de 15 heures sur 15 jours,
- une prestation de bien-être ou de soutien à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile : séance(s) de coiffure à domicile ou de pédicure, prestation(s) de livraison de courses alimentaires, service(s) de portage de repas, entretien(s) du linge, séance(s) de coaching santé, coaching nutrition,
- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile,
- une prestation d'ergothérapeute à raison d'un maximum de 4 heures d'intervention à domicile.

4.5.3. Assistance préventive

À tout moment, l'aidant peut alerter l'équipe pluridisciplinaire sur son sentiment d'épuisement. Un accompagnement pourra être initié ou repris à cette occasion chaque fois que nécessaire.

De même, si l'aidant le souhaite, les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire pourront organiser des appels systématiques à intervalles définis ensemble.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois par année civile.

4.5.3.1. Prévention de l'épuisement de l'aidant

À tout moment, l'assistant organise et prend en charge (sur justificatif) à hauteur d'une enveloppe financière maximum de 300 €, soit :

- une session de formation, en fonction de l'existant sur le secteur d'habitation, portant sur le rôle d'aidant et/ou sur les gestes et postures,
- l'acquisition de matériel paramédical ou aides techniques adaptés,
- une session de médiation avec un professionnel titulaire d'un DE.

4.5.3.2. Santé et bien-être de l'aidant

À tout moment, l'assistant organise et prend en charge (sur justificatif), soit :

- l'accès à une activité physique adaptée à domicile ou dans un club, à concurrence d'un maximum de 3 séances,
- la mise en place d'une présence à domicile pendant l'absence de l'aidant pour des rendez-vous médicaux à concurrence d'un maximum de 12 heures,
- l'accès à un conseil médical par téléphone.

4.5.3.3. Soutien pour la vie quotidienne

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

- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement pour une durée maximale de 6 mois,
- l'accès à un soutien moral entre pairs par l'inscription à une association,
- l'accès à un réseau d'entraide et d'échanges par le financement de l'inscription le cas échéant,
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à concurrence d'un maximum de 5 entretiens par année civile.

4.5.3.4. Soutien au maintien de l'activité professionnelle de l'aidant

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

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

4.5.4. Fin de la situation d'aidant

À tout moment, l'aidant peut alerter l'équipe pluridisciplinaire sur son besoin de soutien à ce nouveau changement. Un soutien (administratif, psychologique et juridique) renforcé pourra être initié à cette occasion.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois.

4.5.4.1. Lorsque la personne aidée retrouve ses capacités

Lorsque la personne aidée est en état de rémission ou guérison médicalement constatée, l'équipe pluridisciplinaire pourra prendre en charge, soit :

- le coût d'une activité de loisirs permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à concurrence d'un maximum de 3 séances,
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à hauteur d'un maximum de 5 entretiens par année civile,
- l'accès pour l'aidant à une activité physique dans un club, à concurrence d'un maximum de 3 séances.

4.5.4.2. Lorsque la personne aidée décède

En cas de décès de la personne aidée et sur présentation de l'acte de décès, l'assistant prend en charge, soit :

- le coût de l'inscription à une association permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à hauteur du coût de la cotisation annuelle,
- l'accès à un conseil gestion du budget et organisation du quotidien, à hauteur d'un maximum de 5 entretiens.

4.6. PRESTATIONS D'ASSISTANCE À L'ÉTRANGER

4.6.1. Cadre d'application spécifique de l'assistance à l'étranger

4.6.1.1. En cas de demande d'assistance à l'étranger

La garantie d'assistance à l'étranger n'est acquise que lors de séjours à titre privé à l'étranger dont la durée n'excède pas 31 jours consécutifs. Si la durée totale du voyage est supérieure à 31 jours ou si aucune date n'est prévue pour le retour ou à la fin du séjour, la couverture cessera de pleins droits 31 jours après la date de départ ou de début de séjour. L'assistant se réserve le droit de réclamer au bénéficiaire tout document attestant des dates de début et de fin de séjour (titres de transports, cartes d'embarquement, réservations d'hôtel...).

La couverture est considérée comme complémentaire en vertu de la présente convention d'assistance. L'assistant ne couvrira aucun coût qui peut être couvert par une autre institution, Caisse d'Assurance Maladie, compagnie d'assurance ou mutuelle, à l'exception des montants éligibles dépassant les limites couvertes par cette autre institution, compagnie d'assurance ou mutuelle dans les limites fixées dans la présente notice. L'assistant n'est aucunement responsable des conséquences d'une faute médicale ou d'un traitement insuffisant ou inadéquat.

4.6.1.2. Couverture géographique de l'assistance à l'étranger

Les prestations d'assistance à l'étranger s'appliquent dans tous les pays du monde entier (à l'exception de ceux visés ci-après) et s'entendant hors du pays du domicile du bénéficiaire, à la suite d'un accident, de blessures, d'une maladie soudaine ou d'une hospitalisation imprévue dont le bénéficiaire serait victime. Les garanties sont acquises pour toute la durée du séjour à l'étranger n'excédant pas 31 jours consécutifs et effectué dans le cadre d'un déplacement privé, non professionnel et à but non médical.

Sont exclus de la présente garantie les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire ou subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, actes de piraterie, d'interdictions officielles, représailles, restrictions à la libre circulation des personnes et des biens (quel que soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique...), grèves, explosions, tremblements de terre, cyclones, éruptions volcaniques et autres catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure (liste susceptible de modification, informations disponibles auprès de l'assistance). L'assistant suit en la matière les avis et recommandations du Ministère des Affaires Étrangères.

4.6.1.3. Faits générateurs dans le cadre de l'assistance à l'étranger

Les prestations sont acquises en cas d'accident, de blessures, de maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue survenant à l'un des bénéficiaires.

Pour pouvoir bénéficier des prestations offertes par la garantie d'assistance à l'étranger, le bénéficiaire doit contacter l'assistant en indiquant le plus clairement possible le lieu où il se trouve dans un délai de 48 heures après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou de l'hospitalisation imprévue. Au cas où le bénéficiaire se trouve dans l'incapacité de contacter en personne l'assistant en raison de son état, toute notification faite par l'un de ses proches, la police, l'établissement de soins, les pompiers, ou toute personne étant intervenue suite au fait générateur, est recevable par l'assistant.

Règles à observer en cas de demande d'assistance de l'étranger

L'assistant ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense à l'étranger, il est nécessaire :

- d'obtenir l'accord préalable de l'assisteur en appelant ou en faisant appeler sans attendre l'assisteur, au numéro rappelé ci-après :

Par téléphone depuis l'étranger : 00 33 969 368 776
--

- de se conformer aux procédures et aux solutions préconisées par l'assisteur,
- Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge, le bénéficiaire s'engage, à la demande de l'assisteur, soit à :
- restituer les titres de transport originaux non utilisés qu'il détient,
 - octroyer le droit à l'assisteur de les utiliser,
 - rembourser à l'assisteur les montants dont il obtiendrait le remboursement.

Dans le cadre d'avance de frais, le bénéficiaire s'engage à signer lors de la demande d'assistance :

- une autorisation de transmission directe pour permettre à l'assisteur d'effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié pour recouvrer les avances de frais engagées à ce titre ;
- une lettre d'engagement sur l'honneur, par laquelle le bénéficiaire s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par l'assisteur en cas de non prise en charge par la Sécurité sociale.

4.6.1.4. Exécution des prestations à l'étranger

Le bénéficiaire doit présenter à l'assisteur des copies conformes des documents suivants, dans un délai de deux mois à compter de la date du fait générateur :

- tout document justifiant de son lieu de domicile habituel et de la durée de son déplacement,
- le procès-verbal officiel émis par la police concernant l'accident,
- une photocopie du passeport et du visa (le cas échéant),
- le dossier médical complet préparé et délivré par le médecin ou l'établissement de soins dans lequel le bénéficiaire a été traité, ainsi que les ordonnances médicales, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'assisteur,
- les factures médicales et hospitalières,
- les factures soumises et le relevé des factures remboursées par la Sécurité sociale.

Et tout autre justificatif que l'assisteur estimera nécessaire pour apprécier le droit aux prestations d'assistance.

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

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

- si le bénéficiaire ne notifie pas à l'assisteur de la survenue de l'accident ou de la maladie soudaine nécessitant une assistance médicale ou autre dans un délai de 48 heures à partir de la survenue dudit accident ou maladie,
- si le bénéficiaire ne présente pas tous les documents requis pour constituer le dossier relatif à la déclaration,
- si l'assisteur n'a pas donné son accord préalable. Toute décision relative à un changement de traitement, au transfert du bénéficiaire vers un autre centre médical, ou à toute autre mesure médicale nécessaire, y compris les opérations chirurgicales non urgentes, durant la période d'hospitalisation acceptée par l'assisteur, est soumise obligatoirement à l'approbation préalable de l'assisteur, sous peine d'un refus de couverture,
- si le bénéficiaire ou la personne référente du bénéficiaire refuse les prestations de l'assisteur.

4.6.1.5. Obligations du bénéficiaire en cas de demande d'assistance à l'étranger

En cas d'urgence médicale, le bénéficiaire libère du secret médical tous les médecins et membres du personnel paramédical qui ont été amenés à traiter de son cas, avant, pendant et après l'urgence médicale. Le bénéficiaire est tenu de communiquer sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'assisteur, tous les faits et circonstances requis en vertu de la garantie d'assistance à l'étranger.

Toute réticence ou omission dans la communication de ces données donne le droit à l'assisteur de suspendre la garantie d'assistance dès qu'il prend connaissance des dits faits ou circonstances.

Dans le cas où le bénéficiaire a souscrit à une autre police pour le même risque (Assurances et/ou Assistance), il doit la déclarer à l'assisteur.

4.6.2. Prestations d'assistance à l'étranger

4.6.2.1. Le service d'informations et de prévention médicale

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

L'équipe médicale de l'assistant peut également répondre à toute question liée à la santé avant et pendant le voyage du bénéficiaire (réseaux médicaux, modalités de soins, vaccinations, pathologies, hygiène). Ce service est conçu pour écouter, informer, orienter et, en aucun cas, il ne peut se substituer à une consultation médicale sur place. Les informations fournies ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription médicale personnalisée car il est impossible d'établir un diagnostic médical à partir d'un appel téléphonique. Les conseils seront livrés de façon objective selon les éléments communiqués par téléphone.

En cas d'urgence médicale, il est vivement conseillé de contacter directement les organismes de secours d'urgence locaux auxquels l'assistant ne peut se substituer.

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

Les médecins de l'assistant sont mobilisés dès l'instant où un bénéficiaire est hospitalisé à l'étranger. Ils apportent un soutien au bénéficiaire ainsi qu'à sa famille en intervenant auprès du médecin en charge sur place, afin de lui apporter toutes les informations nécessaires sur les démarches thérapeutiques envisagées par le médecin en charge.

De plus, si la situation le nécessite (situation de crise, victimologie ou traumatologie), un service d'écoute est mis à disposition au bénéficiaire ainsi qu'à sa famille avec une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue clinicien diplômé.

4.6.2.3. Mise à disposition d'un médecin sur place

Durant son séjour à l'étranger, le bénéficiaire peut contacter l'assistant afin d'être dirigé si cela est nécessaire et chaque fois que cela est possible vers un médecin désigné par celui-ci dans la région où il se trouve.

Le diagnostic établi par ce médecin et le traitement préconisé par lui entrent dans le cadre de sa responsabilité professionnelle.

L'assistant s'efforce de constituer un réseau de médecins référents dans les pays du monde entier, mais ne peut toutefois être tenu responsable en cas de non-disponibilité, de toute erreur de diagnostic ou de tout traitement inadapté ou inefficace.

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

Avance des frais médicaux

L'assistant fait l'avance dans la limite de 4 600 € TTC au bénéficiaire des soins reçus en territoire étranger à la suite d'une maladie, d'une blessure, d'un accident ou d'une hospitalisation, imprévus survenus sur ce territoire.

Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- pour les soins prescrits en accord avec le médecin de l'assistant,
- tant que ce dernier juge que le bénéficiaire est intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à dater du jour où l'assistant est en mesure d'effectuer le transport, même si le bénéficiaire décide de rester sur place.

Prise en charge du reste à charge des frais médicaux

L'assistant rembourse, sous condition de prise en charge par la Sécurité sociale et après intervention de celle-ci et des organismes complémentaires, les frais médicaux définis ci-après, à condition que ces frais concernent des soins reçus à l'étranger, sur ordonnance médicale, à la suite d'une maladie, d'une blessure, d'un accident ou d'une hospitalisation, imprévus survenus dans ce pays, dans la limite de 4 600 € TTC.

Frais médicaux couverts à l'étranger :

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

Pour donner lieu à remboursement, toutes consultations, hospitalisation et intervention chirurgicale doivent être déclarées à l'assistant dans les 48 heures après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue.

La prise en charge des frais d'hospitalisation à l'étranger cesse à dater du jour où le bénéficiaire est rentré à son domicile de résidence habituelle.

L'assistant prend en charge sur présentation d'une facture acquittée, les frais occasionnés pour une prestation dentaire à caractère d'urgence à concurrence de 160 € TTC par séjour à l'étranger, sous condition de prise en charge par la Sécurité sociale et après intervention de celle-ci et d'éventuels organismes complémentaires.

Sont considérés comme soins d'urgence :

- les soins pour calmer la douleur : les dévitalisations, pansements, obturations, extractions.
- les réparations de prothèses dentaires nécessaires pour permettre à nouveau la mastication (la mise en place de nouvelles prothèses conjointes ou adjoindes n'est pas prise en charge).

4.6.2.5. Remboursement des frais téléphoniques

Dans le seul cas de la mise en œuvre des garanties d'assistance à l'étranger, l'assisteuse rembourse à concurrence de 100 € par demande les frais téléphoniques restant à la charge du bénéficiaire correspondant aux seuls appels à destination ou provenant de l'assisteuse. Ce remboursement s'effectuera exclusivement sur demande du bénéficiaire et sur présentation de la facture détaillée originale de l'opérateur téléphonique.

4.7. CADRE JURIDIQUE

4.7.1. Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée "l'assisteuse" dans la présente notice d'information, union technique d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.

4.7.2. Conditions restrictives d'application des garanties

4.7.2.1. Comportement abusif

L'assisteuse ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire du contrat.

L'assisteuse réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'assisteuse réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

4.7.2.2. Responsabilité

La responsabilité de l'assisteuse ne saurait être engagée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examen préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'assisteuse.

L'assisteuse ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'assisteuse 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, nationales et/ou internationales.

L'assisteuse ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

4.7.2.3. Circonstances exceptionnelles

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

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

4.7.3. Exclusions

4.7.3.1. Exclusions communes à l'ensemble des prestations

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

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

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

Dans le cadre de la présente garantie, l'assiste ne prend pas en charge :

- les cas d'assistance dont le fait générateur est antérieur à l'adhésion aux garanties d'assistance et au voyage,
- les conséquences d'actes intentionnels de la part du bénéficiaire ou les conséquences d'actes dolosifs,
- les conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'instabilité notoire, de mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure,
- les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectant diffusés de façon intentionnelle ou accidentelle, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions (ou leurs essais) quelles qu'elles soient, soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque le bénéficiaire y participe en qualité de concurrent,
- les conséquences des tentatives de suicide,
- les cures thermales, les interventions à caractère esthétique et leurs conséquences éventuelles, les séjours en maison de repos, la rééducation, kinésithérapie, chiropraxie, les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou l'interruption volontaire de grossesse,
- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence,
- les demandes relatives à la procréation ou à la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les dommages survenus au bénéficiaire se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire,
- les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour,
- les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple), les frais d'appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires, orthopédiques notamment),
- les frais de secours et de recherches de toute nature,
- les frais de soins dentaires supérieurs à 160 € TTC,
- les frais engagés en France qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus à l'étranger ou dans le pays de résidence habituelle,
- les frais engagés sans accord préalable de l'assiste et non expressément prévus par la présente convention d'assistance, les frais non justifiés par des documents originaux,

- les frais liés à la prise en charge d'états pathologiques ne relevant pas de l'urgence, les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination, les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés dans le pays de résidence habituelle, les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques engagés dans le pays de résidence habituelle qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie, blessure(s) ou accident survenus hors du pays de résidence habituelle du bénéficiaire,
- les frais occasionnés par la pratique d'un sport violent (sport de lutte (avec ou sans armes blanches), art martiaux et boxe) ou à risque (parapente, deltaplane et saut en parachute) exercé en club ou en compétition, en amateur ou en professionnel,
- les greffes ou ablations d'organes, de tissus ou de cellules,
- les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le jour du départ en voyage et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse au-delà de la 28^{ème} semaine,
- les litiges dont le bénéficiaire avait connaissance lors de l'adhésion aux garanties d'assistance,
- les voyages entrepris et les frais engagés dans un but de diagnostic et/ou de traitement lié à un état pathologique antérieur,
- tout acte intentionnel de la part du bénéficiaire pouvant entraîner la mise en oeuvre des garanties d'assistance,
- toute imprudence ou risque inutile pris par le bénéficiaire, ou tout manquement de sa part à prendre des mesures raisonnables de précaution, sauf s'il a agi pour tenter de sauver une personne en danger,
- un fait générateur trouvant son origine dans une maladie et/ou blessure préexistante(s) diagnostiquée(s) et/ou traitée(s) ayant fait l'objet d'une hospitalisation (hospitalisation continue, hospitalisation de jour ou ambulatoire) dans les 6 mois précédant la demande d'assistance, qu'il s'agisse d'une manifestation ou de l'aggravation dudit état.

De même, le bénéficiaire n'est pas couvert s'il voyage dans les cas suivants :

- contrairement à l'avis de son médecin, après avoir reçu un diagnostic de maladie chronique en phase terminale,
- lors d'une période de maladie, de traitement important ou d'incapacité à travailler, s'il doit subir une opération chirurgicale, sans que cela n'ait été encore fait.

Concernant les remboursements des frais médicaux à l'étranger :

Les garanties sont mises en oeuvre sans préjudice des dispositions des articles L 871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et des textes pris pour leur application. À ce titre est exclue la prise en charge des franchises médicales et des participations forfaitaires dans l'hypothèse où elles ont été appliquées par la Sécurité sociale.

4.7.4. Nullité de la prestation

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'assistant, le bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'assistant étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'assistant ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

4.7.5. Recours

Le bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'assistant de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

4.7.6. Subrogation

L'assistant est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'assistant ; c'est-à-dire que l'assistant effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

4.7.7. Prescription

Toutes les actions dérivant de l'exécution des présentes conditions générales sont prescrites dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance et ce, conformément aux conditions déterminées par les articles L 221-11 et L 221-12 du Code de la Mutualité. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assistant en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du bénéficiaire contre l'assistant 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 bénéficiaire ou a été indemnisé par celui-ci.

4.7.8. Attribution de juridiction

Tout différend touchant à l'interprétation ou à l'exécution de la présente convention d'assistance sera porté devant le tribunal compétent du siège social de l'assisteuse.

4.7.9. Informatique et libertés

L'assisteuse dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les dossiers d'assistance.

Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des services concernés de l'assisteuse et ne peuvent être communiquées qu'aux autres destinataires suivants : prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, tout bénéficiaire peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations le concernant, en s'adressant à Ressources Mutuelles Assistance, dénommée "l'assisteuse" dans la présente notice d'information, à l'adresse du siège social : 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.

4.7.10. Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter Ressources Mutuelles Assistance, Direction des Opérations, dénommée "l'assisteuse" dans la présente convention d'assistance, à l'adresse du siège social : 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex. Un accusé de réception parviendra à l'assuré dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais. Une réponse lui sera fournie au plus tard dans le mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont l'assureur le tiendrait informé. Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de faire appel au médiateur dont les coordonnées lui seront alors communiquées par Ressources Mutuelles Assistance et ceci, sans préjudice des autres voies d'action légales.

4.7.11. Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Pour trouver une réponse à toutes vos questions :

- ✓ Contactez votre assureur conseil dont les coordonnées figurent sur votre Bulletin d'Adhésion

- ✓ Concernant vos remboursements Santé ou vos demandes de prise en charge, contactez le Service Santé :
 - par tél : au 09 70 80 93 36, du lundi au vendredi de 9h à 18h30 et le samedi de 9h à 13h
 - via le formulaire « Contact » accessible depuis votre espace Santé Assuré
 - par courrier : Suravenir Assurances - Service Santé TSA 30028, 51725 Reims Cedex

- ✓ Si vous avez besoin d'assistance, contactez un conseiller Assistance au 09 69 36 87 76, accessible 24h/24, 7j/7

**Pour tout renseignement
sur vos remboursements,**
contactez le Service Santé :

▶ **N°Cristal** 09 70 80 93 36

APPEL NON SURTAXÉ
(COÛT SELON OPÉRATEUR)

BESOIN D'ASSISTANCE,
contactez Suravenir Assistance au

▶ **N°Cristal** 09 69 36 87 76

APPEL NON SURTAXÉ
(COÛT SELON OPÉRATEUR)

MÉDIATION

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel.

Vous pouvez aussi adresser votre réclamation au service :

Relations Consommateurs

Suravenir Assurances

44931 Nantes cedex 9

**SURAVENIR
ASSURANCES** 

UNE FILIALE DU **Crédit Mutuel ARKEA**



Avec Ecofolio
tous les papiers
se recyclent.