



CONTRAT AFER Dépendance

**Notice d'information
Contrat collectif**

Édition janvier 2015



SOMMAIRE

NOTICE D'INFORMATION

ARTICLE 1 – Le contrat souscrit par l'association AFER auprès de l'Assureur	5
ARTICLE 2 – Objet de l'adhésion.....	5
ARTICLE 3 – Délais d'attente.....	7
ARTICLE 4 – Étendue géographique des garanties	7
ARTICLE 5 – Adhésion au contrat	7
ARTICLE 6 – Vie de l'adhésion	8
ARTICLE 7 – Cotisations.....	9
ARTICLE 8 – Exclusions	9
ARTICLE 9 – Comptes de résultats et Fonds.....	10
ARTICLE 10 – En cas de dépendance.....	10
ARTICLE 11 – Revalorisation.....	11
ARTICLE 12 – Droits de l'adhérent.....	11
ARTICLE 13 – Prescription.....	11
LEXIQUE	12

ANNEXE À LA NOTICE D'INFORMATION - CONVENTION

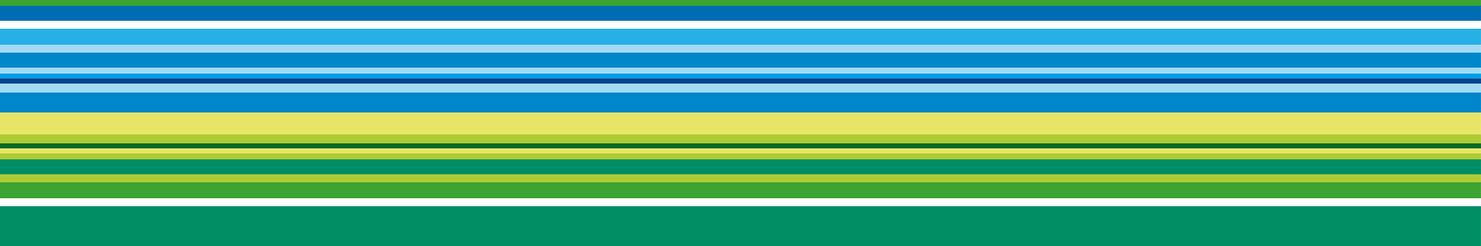
D'ASSISTANCE	13
OBJET DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE.....	14
A - DÈS LA PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION AU CONTRAT AFER DÉPENDANCE ET PENDANT TOUTE LA DURÉE DE L'ADHÉSION.....	16
B - DÈS LES PREMIERS SIGNES DE PERTE D'AUTONOMIE DU BÉNÉFICIAIRE	25
C - EXCLUSIONS GÉNÉRALES	31

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE À ADHÉSION FACULTATIVE.....	33
---	----



AFER Dépendance

NOTICE D'INFORMATION



ARTICLE 1 – LE CONTRAT SOUSCRIT PAR L'ASSOCIATION AFER AUPRÈS DE L'ASSUREUR

1.1-Nature du contrat

AFER Dépendance est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative régi par le Code des assurances et qui relève des branches 1 Accident et 2 Maladie définies à l'article R 321-1 du Code des assurances. Il est souscrit par l'Association Française d'Épargne et de Retraite (AFER) auprès d'AVIVA VIE (ci-après dénommé l'Assureur).

AFER Dépendance prévoit, pour l'assuré, après reconnaissance par le Médecin Conseil de l'Assureur d'un état de dépendance garanti dans les dispositions prévues par l'article 2, selon l'option de garantie souscrite et le niveau de dépendance reconnu, le versement d'une rente mensuelle viagère.

1.2-Prise d'effet, durée et résiliation du contrat

Le contrat AFER Dépendance prend effet le 3 janvier 2011 pour une période expirant le 31 décembre 2011.

A compter du 1^{er} janvier 2012, le contrat se renouvelle annuellement par tacite reconduction sauf résiliation par l'une ou l'autre partie par envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception au moins trois mois avant la date de renouvellement.

En cas de résiliation, aucune adhésion nouvelle ne pourra plus être acceptée, l'Assureur s'engage :

- à maintenir sa garantie dans les termes et conditions prévus au contrat à la date de résiliation pour les assurés dont l'adhésion a pris effet avant cette date (sous réserve du maintien du versement des cotisations au contrat par l'adhérent). Tant que l'adhésion reste en vigueur, toutes les facultés liées au fonctionnement du contrat (cf. article 6) sont maintenues à l'exception de celles donnant lieu à une augmentation des garanties / montants souscrits.
- à poursuivre, jusqu'à leur terme, dans les conditions prévues au contrat, le règlement des prestations en cours à la date de résiliation.

1.3-Modification du contrat

Les conditions et modalités du contrat AFER Dépendance sont susceptibles d'être modifiées par les parties. L'Assemblée Générale des adhérents de l'association souscriptrice a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants au contrat collectif sauf délégation au conseil d'administration dans les conditions prévues par la loi (Art. R 141-6 du Code des assurances). Les adhérents au contrat collectif seront informés par écrit des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur (Art. L 141-4 du Code des assurances). L'information sera faite par l'envoi de la Lettre de l'AFER suivant l'Assemblée Générale de l'association ayant voté les modifications ou le cas échéant suivant le conseil d'administration les ayant approuvées.

L'adhérent pourra s'il le souhaite refuser ces modifications en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur.

Le contrat sera alors :

- soit résilié si moins de 8 cotisations annuelles consécutives ont été payées, les cotisations réglées n'étant pas remboursées ;
- soit mis en réduction si au moins 8 cotisations annuelles consécutives ont été payées, l'assuré demeurant garanti pour un montant de rente réduit dans les conditions et limites définies à l'article 6.3 de la Notice d'information.

La résiliation ou la mise en réduction prendra effet au jour précédant l'échéance de cotisation qui suit la date de réception de la lettre recommandée.

ARTICLE 2 – OBJET DE L'ADHÉSION

Lors de sa demande d'adhésion, l'adhérent détermine le montant de la rente viagère mensuelle compris entre 500 et 3 000 euros par tranche de 50 euros qu'il souhaiterait percevoir s'il était reconnu en état de dépendance totale et choisit une des deux options de garantie proposées :

L'option « Dépendance totale » :

Elle garantit à l'assuré qui se trouve dans un état de dépendance totale garanti par le contrat, médicalement constaté dans les conditions prévues à l'article 10, le versement de la rente choisie selon les modalités prévues à l'adhésion.

L'option « Dépendance totale et partielle » :

Elle garantit à l'assuré le versement selon les modalités prévues à l'adhésion :

- de la rente choisie s'il se trouve en état de dépendance totale garanti par le contrat, médicalement constaté dans les conditions prévues à l'article 10.

Ou,

- de 50% de la rente choisie, s'il se trouve en état de dépendance partielle garanti par le contrat, médicalement constaté dans les conditions prévues à l'article 10.

► Comment se définit l'état de Dépendance ?

L'appréciation de l'état de dépendance (partielle ou totale) est fondée sur une analyse des capacités fonctionnelles et cognitives de l'assuré et est basée sur les deux critères d'évaluation suivants :

- l'impossibilité médicalement constatée pour l'assuré de réaliser seul et sans incitation ou surveillance extérieure certains des 5 actes élémentaires de la vie quotidienne suivants : transferts, déplacement à l'intérieur, alimentation, toilette et habillage. Elle tient compte de l'éventuel recours à des aides techniques correspondant à un prolongement de la personne (lunettes, fauteuil roulant, etc...),
- le test MMS (Mini Mental Score) de Folstein permettant l'évaluation de l'altération des fonctions cognitives ou tout autre test psychométrique reconnu et validé par la Haute Autorité de santé et les neuro-gérontologues.

Pour que l'état de dépendance soit reconnu, il faut que les trois conditions ci-après soient cumulativement remplies :

- l'état de santé est consolidé en l'état actuel des connaissances médicales,
- l'état de santé justifie définitivement l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne,
- l'état de dépendance est reconnu par le médecin conseil de l'assureur.

Dépendance totale :

L'assuré est reconnu en état de dépendance totale s'il répond au moins à l'une des trois situations suivantes :

- il se trouve dans l'incapacité totale et définitive médicalement constatée, d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers, 4 des 5 actes élémentaires de la vie quotidienne,
- en cas d'altération des fonctions cognitives, il a constamment besoin d'être surveillé ou incité pour la réalisation d'au moins 2 des 5 actes élémentaires de la vie quotidienne et le résultat au test cognitif MMS de Folstein est inférieur ou égal à 10 (le test peut être différent mais le niveau doit être équivalent à celui donné pour le test MMS de Folstein),
- il se trouve dans l'incapacité totale et définitive médicalement constatée d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers, 3 des 5 actes élémentaires de la vie quotidienne et le résultat au test cognitif MMS de Folstein est inférieur ou égal à 15 (le test peut être différent mais le niveau doit être équivalent à celui donné pour le test MMS de Folstein).

L'état de dépendance totale doit être jugé permanent et définitif.

Dépendance partielle :

L'assuré est reconnu en état de dépendance partielle s'il répond au moins à l'une des deux situations suivantes :

- il se retrouve dans l'incapacité totale et définitive médicalement constatée, d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers, 3 des 5 actes élémentaires de la vie quotidienne,
- en cas d'altération des fonctions cognitives, il a constamment besoin d'être surveillé ou incité pour la réalisation d'au moins 2 des 5 actes élémentaires de la vie quotidienne et le résultat au test cognitif MMS de Folstein est inférieur ou égal à 15 (le test peut être différent mais le niveau doit être équivalent à celui donné pour le test MMS de Folstein).

L'état de dépendance partielle doit être jugé permanent et définitif.

► Quels sont les critères d'évaluation de l'état de dépendance ?

Incapacité totale et définitive à réaliser un acte de la vie quotidienne

L'incapacité à réaliser un acte élémentaire de la vie quotidienne est avérée lorsque la personne est totalement et définitivement incapable de réaliser cet acte, de manière spontanée (c'est-à-dire en dehors de toute incitation extérieure), habituelle, à bon escient, sans l'aide d'un tiers. L'incapacité totale et définitive à réaliser un acte élémentaire de la vie quotidienne doit être réputée irréversible au moment de l'évaluation.

► Actes élémentaires de la Vie Quotidienne (AVQ)

5 actes élémentaires de la vie quotidienne sont appréciés pour évaluer l'état de dépendance :

- Transferts : Passer de chacune des 3 positions debout / assis / couché, à l'autre, dans les deux sens : se lever d'un lit ou d'une chaise, se coucher, s'asseoir.
- Déplacement à l'intérieur : Se déplacer en intérieur sur une surface plane.
- Alimentation : - Manger des aliments préalablement servis et coupés.
- Boire.
- Toilette : - Se laver l'ensemble du corps.
- Assurer l'hygiène de l'élimination.

Satisfaisant ainsi à un niveau d'hygiène corporelle quotidienne conforme aux normes usuelles.

- Habillage : - Mettre les vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap.
- Retirer les vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap.

L'incapacité totale et définitive à réaliser un acte élémentaire de la vie quotidienne signifie que toutes les actions prévues dans la définition de l'acte doivent être rendues impossibles y compris avec l'utilisation d'aides techniques adaptées.

Cas particulier : maladies neuro-dégénératives et altération des fonctions cognitives.

Lorsque l'état de dépendance est dû à une pathologie neuro-dégénérative, notamment maladie d'Alzheimer ou démence sénile, constatée par un rapport médical, la mesure de l'incapacité à réaliser les actes de la vie quotidienne est complétée par le test MMS de Folstein qui permet l'évaluation de l'altération des fonctions cognitives ou par tout autre test psychométrique reconnu et validé par la Haute Autorité de santé et les neuro-gérontologues. Le niveau considéré doit être équivalent à celui donné pour le test MMS de Folstein.

L'existence d'un déficit cognitif sévère est appréciée par la nécessité de la personne de recourir constamment à la surveillance ou l'incitation d'un tiers pour réaliser les actes élémentaires de la vie quotidienne tels que définis précédemment.

► Assistance d'une tierce personne

Par assistance d'une tierce personne, on entend l'aide formelle ou informelle d'un membre du personnel paramédical, d'un parent ou d'un ami pour effectuer les actes élémentaires de la vie quotidienne. Cette aide peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide ménagère comme les courses ou le ménage.

La gestion du contrat AFER Dépendance est assurée par AVIVA VIE.

Pour compléter les garanties des adhérents, des prestations d'assistance présentées en annexe ont été souscrites par AVIVA VIE auprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SAS agissant au nom et pour le compte d'AGA INTERNATIONAL SA.

ARTICLE 3 – DÉLAIS D'ATTENTE

La garantie s'applique :

- immédiatement en cas de dépendance résultant d'un accident postérieur à l'adhésion au contrat.
- après un délai d'attente de trois ans, débutant à partir de la date d'effet de l'adhésion au contrat, en cas de dépendance consécutive à une maladie neuro-dégénérative, neurologique ou psychiatrique dont la 1^{ère} constatation médicale survient avant l'expiration de cette période.
- après un délai d'attente d'un an, débutant à partir de la date d'effet de l'adhésion au contrat, pour les autres maladies dont la 1^{ère} constatation médicale survient avant l'expiration de cette période.

Un état de dépendance survenant avant l'expiration du délai d'attente ne donnera pas lieu à indemnisation, l'adhésion au contrat sera résiliée et les cotisations seront intégralement remboursées à l'assuré, sauf s'il est constaté une fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré (Art. L113-8 du Code des assurances).

ARTICLE 4 – ÉTENDUE GÉOGRAPHIQUE DES GARANTIES

Les garanties du présent contrat sont acquises que l'état de dépendance survienne :

- en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane française, en Martinique, à la Réunion ou dans la Principauté de Monaco,
- ailleurs dans le monde, à l'occasion de voyages et séjours à l'étranger n'excédant pas **3 mois consécutifs**. **La constatation médicale de l'état de dépendance et l'expertise médicale prévue par l'Assureur à l'article 10 devront être effectuées en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane française, en Martinique, à la Réunion ou dans la Principauté de Monaco. Les frais de rapatriement resteront à la charge de l'assuré.**

Les prestations d'assistance présentées en annexe sont ouvertes uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine et dans la Principauté de Monaco, et exclusivement pour les personnes qui y résident.

ARTICLE 5 – ADHÉSION AU CONTRAT

5.1-Conditions d'adhésion

- être adhérent à l'association AFER (Association Française d'Épargne et de Retraite) ou y adhérer en s'acquittant du droit d'adhésion correspondant.
- résider en France métropolitaine ou dans la Principauté de Monaco.
- avoir au minimum 40 ans et au maximum 77 ans au jour de la prise d'effet des garanties.
- se soumettre aux formalités médicales qui varient en fonction de l'âge de l'adhérent et du montant de la rente demandée. **L'adhésion est subordonnée à l'appréciation du risque effectuée par l'Assureur qui peut l'accepter ou la refuser, après étude par son médecin conseil. L'assuré sera tenu informé par écrit de la conclusion rendue par l'Assureur.** Toute déclaration inexacte peut entraîner la nullité du contrat conformément à l'article L113-8 du Code des assurances. Dans ce cas, les garanties prévues au contrat ne peuvent être accordées.

L'adhésion est limitée à un seul contrat AFER Dépendance par assuré.

5.2-Prise d'effet, durée de l'adhésion

Sous réserve du paiement de la première cotisation, l'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion établi par l'Assureur.

Conclue pour une période d'une année, l'adhésion est ensuite renouvelée annuellement, par tacite reconduction sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions définies par les articles 1.2 et 6.4.

L'entrée en vigueur des garanties est conditionnée par une acceptation préalable de l'adhésion par l'assureur.

L'acceptation de l'assureur est matérialisée par la remise ou l'envoi du certificat d'adhésion.

Le certificat d'adhésion précise notamment l'option de garantie et le montant de rente choisis, la date d'effet de l'adhésion, le montant de la cotisation et la périodicité de paiement (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

Lorsque le certificat d'adhésion est émis directement par le conseiller en assurances, suite à une acceptation immédiate de l'adhésion, l'adhérent doit retourner un exemplaire du certificat d'adhésion signé, au siège de l'assureur (Aviva Vie - 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes Cedex).

En l'absence d'envoi du certificat d'adhésion signé à l'assureur dans le délai de 60 jours suivant sa date de délivrance, l'adhésion sera rétroactivement annulée. Une lettre recommandée avec accusé de réception sera adressée à l'adhérent afin de l'informer de cette annulation.

L'adhésion est constituée par le contrat collectif d'assurance à adhésion facultative AFER Dépendance, la présente notice d'information et le certificat d'adhésion.

5.3-Fin de l'adhésion

L'adhésion au contrat prend fin en cas de :

■ Renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant les 30 jours calendaires révolus qui suivent la date à laquelle il est informé que son adhésion au contrat est conclue. L'adhésion au contrat est conclue à la date d'encaissement de la 1^{ère} cotisation. L'intégralité des cotisations versées au titre de cette adhésion sera alors remboursée à l'adhérent.

■ Reconnaissance d'un état de dépendance avant l'expiration du délai d'attente

Si la dépendance est reconnue avant l'expiration du délai d'attente, aucune rente n'est versée, l'adhésion est résiliée et les cotisations réglées au titre de cette adhésion sont intégralement remboursées, sauf fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré (Art. L113-8 du Code des assurances) qui autorise l'Assureur à les conserver.

■ Résiliation à la demande de l'adhérent

L'adhérent peut à tout moment mettre fin à son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Assureur. Cette résiliation prendra effet au jour précédant l'échéance de cotisation qui suit la date de réception de la demande sous réserve que moins de 8 cotisations annuelles consécutives aient été acquittées. Si plus de 8 cotisations annuelles consécutives ont été acquittées, les garanties seront mises en réduction, selon les dispositions prévues à l'article 6.3, ce qui signifie que l'adhérent demeurera assuré pour un montant de rente réduit.

■ Non-paiement d'une cotisation

A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, une lettre recommandée de mise en demeure sera adressée à l'adhérent l'informant qu'à l'expiration du délai de 40 jours à compter de l'envoi de ladite lettre de mise en demeure, le défaut de paiement de cette cotisation ainsi que de celles venues à échéance au cours dudit délai, entraînera automatiquement la résiliation de son adhésion.

L'adhésion sera alors automatiquement résiliée si l'adhérent ne s'est pas acquitté d'au moins 8 cotisations annuelles consécutives, les cotisations réglées restant acquises à l'Assureur. Si plus de 8 cotisations annuelles consécutives ont été acquittées, les garanties seront maintenues partiellement, selon les dispositions prévues à l'article 6.3.

■ Décès

L'adhésion prend fin au jour du décès de l'assuré et, si une rente est en cours de service, le versement de la rente cesse.

ARTICLE 6 – VIE DE L'ADHÉSION

6.1- Changement d'option de garantie

Principe

Tant qu'il n'est pas en état de dépendance, l'assuré peut demander à changer d'option de garantie.

La demande doit être adressée à l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception.

Toute modification donne lieu à l'établissement d'un avenant indiquant la date d'effet et la nature de la nouvelle option ainsi que le montant de la nouvelle cotisation.

Modalités

■ Demande de passage de l'option «dépendance totale» à l'option «dépendance totale et partielle» :

- cette demande est possible à tout moment sous réserve que l'assuré soit âgé au maximum de 77 ans au jour de la demande.
- l'assuré doit remplir le questionnaire de santé et faire remplir un rapport médical par son médecin traitant.
- si la décision de l'Assureur est favorable, les délais d'attente s'appliqueront de nouveau pour la garantie « dépendance partielle » et l'intégralité de la cotisation sera calculée selon le tarif en vigueur à la date de changement d'option et l'âge de l'assuré à cette même date.
- cette modification prend effet à l'échéance de cotisation qui suit la date d'acceptation par l'Assureur et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

■ Demande de passage de l'option «dépendance totale et partielle» à l'option «dépendance totale» :

- le changement d'option prend effet à l'échéance de cotisation qui suit la réception de la demande par l'Assureur.
- le tarif d'origine reste applicable et est diminué de la part de cotisation relative à la garantie « dépendance partielle ».

6.2- Modifications du montant de la rente souscrite

Principe

Tant qu'il n'est pas en état de dépendance, l'assuré peut demander à modifier le montant mensuel de la rente garantie dans la limite du plafond maximum prévu par le contrat.

La demande doit être adressée à l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception.

Toute modification donne lieu à l'établissement d'un avenant indiquant la date d'effet et la nature de cette modification ainsi que le montant de la nouvelle cotisation.

Modalités

■ Demande d'augmentation du montant de la rente :

- l'assuré est tenu de respecter les règles applicables pour une adhésion (article 5.1).
- cette modification prend effet à l'échéance de cotisation qui suit la date d'acceptation par l'Assureur et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.
- si la décision de l'Assureur est favorable, les délais d'attente s'appliqueront de nouveau pour la part de rente augmentée et la cotisation relative à l'augmentation de rente sera calculée selon le tarif en vigueur à la date de la modification et l'âge de l'assuré à cette même date.

■ Demande de diminution du montant de rente :

- cette modification prend effet à l'échéance de cotisation qui suit la réception de la demande par l'Assureur.
- le tarif d'origine reste applicable et est diminué de la part de cotisation relative à la diminution du montant de rente.

6.3- Maintien partiel des garanties en cas d'arrêt du paiement des cotisations

En cas d'interruption du paiement des cotisations en cours d'adhésion et sous réserve qu'au moins 8 cotisations annuelles consécutives aient été payées, l'assuré conserve le bénéfice d'une garantie réduite.

Le montant de la rente réduite est déterminé en fonction du nombre de cotisations payées, de l'âge atteint par l'assuré et du barème en vigueur à la date de survenance du sinistre. Un montant estimatif sera communiqué à l'adhérent à la date de mise en réduction, sur la base du barème en vigueur à cette date.

Le maintien partiel des garanties est irréversible. Après la mise en réduction, l'adhérent ne bénéficie plus des garanties d'assistance. La clause de revalorisation des garanties (article 11) ne s'applique pas en cas de maintien partiel des garanties, du fait de la cessation de paiement des cotisations.

6.4-Les obligations de l'assuré en cas de modification du risque

Les garanties accordées à l'assuré sont fonction de différents facteurs, notamment son lieu de résidence et la nature des activités qu'il exerce. Aussi, l'assuré doit prévenir par lettre recommandée l'Assureur dans les 30 jours qui suivent un changement de situation concernant son domicile, si le nouveau domicile se trouve hors de France ou de la Principauté de Monaco (dans le respect des dispositions prévues aux articles 4 et 5.1).

En cas de non déclaration ou de déclaration trop tardive de la part de l'assuré de toute modification du risque, il pourra être fait application des articles L 113-2, L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

ARTICLE 7 – COTISATIONS

Le montant de la cotisation, déterminé lors de l'adhésion, figure sur le certificat d'adhésion établi par l'Assureur.

Il évolue :

- en fonction de la revalorisation annuelle, tel que précisé à l'article 11,
- en cas de modification de l'option de garantie et/ou du montant de la rente souscrite,
- et le cas échéant, en cas de révision du tarif de base, tel que prévu à l'article 7.4.

L'Assureur s'engage en tout état de cause à ne pas modifier le montant des cotisations en raison de l'âge ou de la détérioration de l'état de santé de l'assuré.

7.1-Montant de la cotisation à l'adhésion

Le montant de la cotisation est fonction de trois paramètres :

- l'âge de l'assuré à la date d'effet de son adhésion (voir article 5.2),
- le montant de rente souscrit,
- l'option de garantie choisie.

7.2-Réduction pour adhésion conjointe

En cas d'adhésion simultanée des deux conjoints, chacun bénéficie d'une réduction de 10% sur le montant de sa cotisation.

Si le nouvel adhérent au contrat AFER Dépendance, a un conjoint qui est déjà assuré depuis moins de 6 mois au titre de ce contrat, une réduction tarifaire de 10% sur le montant des deux cotisations sera accordée à compter de la date d'effet de la seconde adhésion.

Chaque membre du couple est libre de choisir l'option et le montant de la rente qu'il souhaite.

La réduction de 10% sera maintenue tant que les deux contrats seront en vigueur. Toute renonciation, mise en réduction ou résiliation de l'une des deux adhésions mettra fin à l'application de la réduction.

Conjoint de l'assuré

Est considéré comme conjoint :

- l'époux / l'épouse de l'assuré, non séparé(e) de corps juridiquement,
- le partenaire de Pacs (est considéré comme partenaire, la personne pacsée avec l'assuré dont le pacte n'a pas été rompu).

7.3-Paiement de la cotisation

L'assuré indique sur la demande d'adhésion la périodicité du paiement de sa cotisation (annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle), sans qu'il y ait de majoration pour paiement fractionné. A défaut d'indication, sa cotisation est payable mensuellement. Il a toute possibilité de changer la périodicité de ses paiements par simple demande écrite à l'Assureur.

Le prélèvement automatique est obligatoire.

Conformément aux dispositions de l'article **L 141-3** du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, une lettre recommandée de mise en demeure est envoyée à l'adhérent l'informant qu'à l'expiration du délai de 40 jours à compter de l'envoi de ladite lettre de mise en demeure, le défaut de paiement de cette cotisation ainsi que de celles venues à échéance au cours dudit délai, entraîne automatiquement son exclusion du contrat d'assurance.

En conséquence, l'adhésion sera automatiquement :

- résiliée si l'adhérent ne s'est pas acquitté d'au moins 8 cotisations annuelles consécutives,
- mise définitivement en réduction, si l'adhérent a payé au moins 8 cotisations annuelles consécutives.

L'adhérent demeurera assuré pour un montant de rente réduit déterminé conformément à l'article 6.3 de la notice d'information. Les garanties d'assistance seront résiliées et les cotisations versées resteront acquises à l'Assureur.

Le paiement des cotisations est suspendu à compter de la reconnaissance d'un état de dépendance de l'assuré garanti par le contrat et tant que cet état perdure.

7.4-Révision du tarif de base

Si une décision législative ou réglementaire vient à modifier ses engagements ou si les résultats techniques et financiers du présent contrat le nécessitent, l'Assureur se réserve la possibilité d'augmenter son tarif de base.

Dans ce cas, il peut être amené à réviser la cotisation des adhésions en cours ou à proposer aux adhérents un aménagement de leurs garanties. Ces nouvelles dispositions doivent être portées à la connaissance des assurés 3 mois au moins avant l'échéance principale de leur adhésion.

Tout assuré qui refuserait ces aménagements peut alors, selon qu'il a réglé ou pas au moins 8 cotisations annuelles consécutives, résilier son adhésion sans remboursement, ou la maintenir dans les conditions de l'article 6.3.

ARTICLE 8 – EXCLUSIONS

Ne sont pas garantis les sinistres résultant :

- de maladies ou d'automutilations provoquées intentionnellement par l'assuré,
- d'une tentative de suicide,

- d'une guerre civile ou étrangère,
- de la participation active de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actions de terrorisme et de sabotage,
- de la participation à une rixe (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger),
- de démonstrations, acrobaties, tentatives de record, compétitions, entraînement s'y rapportant, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou nautique,
- de sports de combat,
- de risques aériens quels que soient leur nature et leur mode de propulsion, sauf si l'assuré est passager d'une ligne aérienne dûment habilitée pour le transport public de voyageurs,
- de l'usage de drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement, ou à des doses non prescrites médicalement,
- d'un accident dont l'assuré serait reconnu responsable, survenu sous l'emprise d'un état alcoolique lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur au taux prévu par la législation en vigueur en France le jour de l'accident,
- des rayonnements nucléaires, ionisants ou de transmutation de l'atome, non liés à un traitement médical,
- des conséquences de maladie ou accident antérieurs à l'adhésion non déclarés au questionnaire de santé qui aura été nécessaire à l'adhésion ou lors d'un changement d'option de garantie ou d'une augmentation du montant de la rente.

Dispositions spéciales : Ne sont donc pas considérées comme accident les atteintes organiques qualifiées d'accident par le langage médical (notamment accident cardio-vasculaire et accidents vasculaires cérébraux) ainsi que les atteintes corporelles survenues au cours d'une intervention chirurgicale, sauf si celle-ci intervient dans les suites immédiates et directes d'un accident tel que défini ci-dessus.

ARTICLE 9 – COMPTES DE RÉSULTATS ET FONDS

Chaque année, l'Assureur établit des Comptes de Résultats pour l'ensemble des adhésions au présent contrat AFER Dépendance.

Le Compte Technique Annuel alimentera le Fonds de Stabilité (réserve servant au besoin éventuel de financement complémentaire suite à une aggravation imprévue de la sinistralité, avant ajustement tarifaire décrit dans l'article 7.4).

Le Compte de Résultats Techniques et Financiers, après dotation du Fonds de Stabilité, alimentera le Fonds de Revalorisation, ce dernier ayant pour vocation de financer la revalorisation.

ARTICLE 10 – EN CAS DE DÉPENDANCE

10.1-Que faire en cas de dépendance ?

Dès lors que l'assuré ne peut plus effectuer seul certains des 5 AVQ soit :

- si l'assuré a choisi l'option « Dépendance totale » : l'une des 3 situations décrites à l'article 2 de la présente Notice, définissant l'état de dépendance totale,
- si l'assuré a choisi l'option « Dépendance totale et partielle » : l'une des 2 situations décrites à l'article 2 de la présente Notice, définissant les états de dépendance totale et de dépendance partielle, une déclaration doit être faite à l'Assureur par courrier au siège social de l'Assureur à l'adresse suivante : AVIVA VIE - 70 avenue de l'Europe, 92273 Bois-Colombes Cedex.

Après avoir vérifié la validité de l'adhésion et les garanties en vigueur, l'Assureur adressera à l'assuré un questionnaire médical qui devra être complété par le médecin traitant de l'assuré puis retourné, sous pli confidentiel, au médecin conseil de l'Assureur afin que puisse être évalué l'état de dépendance de l'assuré. Avant toute décision, le service du médecin conseil de l'Assureur se réserve le droit :

- de demander toute pièce médicale complémentaire nécessaire pour apprécier l'état de dépendance de l'assuré,
- de soumettre l'assuré, à tout moment, à une expertise médicale auprès d'un médecin désigné par l'Assureur, cette expertise pouvant être effectuée au domicile de l'assuré si son état de santé ne lui permet pas de se déplacer. En cas de désaccord sur l'état de santé de l'assuré, entre le médecin de l'assuré et le médecin conseil de l'Assureur, il pourra être procédé à un arbitrage après accord des parties. L'Assureur proposera à l'assuré une liste de médecins experts dans laquelle l'assuré choisira lui-même celui qui arbitrera son dossier. Les frais et le règlement des honoraires du médecin tiers arbitre seront supportés pour moitié par l'assuré et pour l'autre moitié par l'Assureur. Sauf si celle-ci est justifiée (hospitalisation, impossibilité de se déplacer pour des raisons médicales), toute opposition au droit de contrôle de l'Assureur entraînera la cessation de la garantie ou des prestations en cours.

10.2-Modalités de paiement de la rente

Si l'assuré est reconnu en état de dépendance garanti par son adhésion, une rente lui est versée après expiration du délai de franchise, période de 90 jours décomptée à partir de la date de consolidation. Cette date est déterminée par le médecin conseil de l'Assureur ou, en cas de désaccord entre le médecin conseil de l'assureur et le médecin traitant de l'assuré, par un médecin tiers arbitre.

Après l'expiration du délai de franchise, la rente est versée mensuellement, à terme échu.

NB : Si l'état de dépendance partielle de l'assuré devait évoluer en état de dépendance totale, le délai de franchise déjà appliqué ne serait pas à nouveau exécuté.

Pendant le service de la rente, l'Assureur peut à tout moment faire procéder à l'examen de l'état de santé de son assuré et/ou réclamer tout document qu'il estime nécessaire. En cas de refus de l'assuré de se faire examiner ou de communiquer les pièces sollicitées, le paiement de la rente cesse de plein droit.

Pendant le service de la rente, l'assuré ou ses proches sont tenus d'informer l'Assureur dans un délai de 30 jours de toute évolution de l'état de santé de l'assuré et de tout changement de sa situation, notamment :

- d'un changement d'établissement ;
- de son retour à domicile ou à celui d'un proche ;

- de la suppression d'une prise en charge accordée par son régime de protection sociale ou tout organisme social ;
- de son décès.

Si l'Assureur apprend qu'un changement dans la situation de l'assuré est intervenu et qu'il ne lui a pas été signalé, il se réserve le droit de mettre un terme au paiement de la rente et le cas échéant, de solliciter le remboursement des arrérages de rentes indûment perçus.

Si le montant de la rente à régler à l'assuré n'excède pas 40 euros mensuels (suite à la mise en réduction des garanties), l'Assureur verse pour solde de tout compte le capital constitutif de cette rente évalué au jour de la date de consolidation.

ARTICLE 11 – REVALORISATION

Les garanties et les cotisations seront revalorisées chaque année à l'échéance principale de l'adhésion, en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC, et sans pouvoir excéder le solde créditeur du fonds de revalorisation du contrat AFER Dépendance (cf. article 9).

Les rentes en service seront revalorisées chaque année au 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC, et sans pouvoir excéder la limite du fonds de revalorisation du contrat AFER Dépendance (article 9).

ARTICLE 12 – DROITS DE L'ADHÉRENT

12.1-Droit de renonciation

Tout adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion dans les 30 jours calendaires révolus qui suivent la date à laquelle il est informé que son adhésion au contrat est conclue. Cette date correspond à la date d'encaissement de la 1^{ère} cotisation.

Pour exercer ce droit, il suffit d'adresser à AVIVA VIE une lettre recommandée avec accusé de réception, datée, signée et rédigée comme suit : *“Je soussigné(e), demande à renoncer à mon adhésion AFER Dépendance N°.....et à recevoir le remboursement total des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre”*. A compter de l'envoi de cette lettre, l'adhésion prend fin.

12.2-Protection des données à caractère personnel : Loi Informatique et Libertés

Les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à Aviva Vie de procéder à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance. Elles sont à l'usage de l'Assureur, ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels, partenaires, prestataires éventuellement situés en dehors de l'Union Européenne et, le cas échéant, des autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'assuré bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données qui le concernent dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi précitée. Pour cela, il suffit d'écrire à Aviva Vie - Service Réclamations VIRIC - 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois Colombes Cedex. Sur simple demande, l'assuré peut obtenir plus d'informations sur le transfert de données à l'étranger.

Les informations médicales mentionnées sur le questionnaire de santé sont, quant à elles, à l'usage exclusif du Médecin Conseil de l'assureur et, le cas échéant, du réassureur. Ces données médicales peuvent également donner lieu à l'exercice d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes auprès du Médecin Conseil du service médical de l'Assureur en écrivant un courrier à l'attention du Médecin Conseil - Aviva Vie - VGED - 70 avenue de l'Europe - 92273 Bois-Colombes cedex.

12.3-Recours en cas de litige

Toute réclamation concernant le présent contrat doit être adressée à l'Assureur, AVIVA VIE – Service Réclamations, 70 avenue de l'Europe – 92273 Bois Colombes cedex. Aviva Vie en accuse réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). Le délai de réponse maximal est de 2 mois à compter de la réception de la réclamation. En cas de désaccord sur la réponse donnée et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (F.F.S.A.) dont les coordonnées lui seront communiquées par l'Assureur sur simple demande.

12.4-Organisme de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09. www.acpr.banque-france.fr

12.5-Loi applicable

La loi applicable aux relations précontractuelles et contractuelles est la loi française. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

12.6-Indications générales liées au régime fiscal

Pour toutes les personnes fiscalement domiciliées en France, les prestations rendues au titre du contrat AFER Dépendance sont soumises à la réglementation fiscale en vigueur en France.

12.7-Langue utilisée

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

12.8-Fonds de garantie

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

ARTICLE 13 – PRESCRIPTION

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

- 1 - de l'événement qui y donne naissance,
- 2 - ou, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du jour où l'Assureur en a eu connaissance,

3 - ou, en cas de sinistre, du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Par ailleurs, l'article L 114-2 du Code des assurances précise que « la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

LEXIQUE

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant d'un événement soudain, imprévu, extérieur à l'assuré et constituant la cause du dommage corporel.

Actes élémentaires de la vie quotidienne (AVQ)

5 actes élémentaires de la vie quotidienne sont appréciés pour évaluer l'état de dépendance :

■ Transferts : Passer de chacune des 3 positions debout / assis / couché, à l'autre, dans les deux sens : se lever d'un lit ou d'une chaise, se coucher, s'asseoir.

■ Déplacement à l'intérieur : Se déplacer en intérieur sur une surface plane.

■ Alimentation : Manger des aliments préalablement servis et coupés.

Boire.

■ Toilette : Se laver l'ensemble du corps.

Assurer l'hygiène de l'élimination.

Satisfaisant ainsi à un niveau d'hygiène corporelle quotidienne conforme aux normes usuelles.

■ Habillage : Mettre les vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap.

Retirer les vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap.

L'incapacité totale et définitive à réaliser un acte élémentaire de la vie quotidienne signifie que toutes les actions prévues dans la définition de l'acte doivent être rendues impossibles y compris avec l'utilisation d'aides techniques adaptées.

Adhérent - Assuré

Toute personne physique ayant régularisé la demande d'adhésion au présent contrat, répondant valablement aux conditions d'adhésion et sur laquelle reposent les garanties souscrites.

Affection de longue durée

Les affections de longue durée sont les affections ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur répondant aux dispositions des articles L 322-1 et suivants du code de la sécurité sociale et de leurs décrets d'application.

Assureur

AVIVA VIE - 70 avenue de l'Europe – 92273 Bois-Colombes cedex

Date de consolidation

La date de consolidation est la date à laquelle le médecin conseil de l'Assureur reconnaît que l'état de santé de l'assuré est stabilisé et peut alors se prononcer sur le caractère définitif et non susceptible de s'améliorer de l'état de dépendance.

Délai d'attente

Période démarrant à la date d'effet de l'adhésion au contrat telle que définie à l'article 3 de la présente notice, parfois appelée délai de carence, pendant laquelle l'assuré n'est pas garanti en cas de dépendance.

Délai de franchise

C'est la période de 90 jours décomptée à partir de la date de consolidation, à l'issue de laquelle l'assuré percevra sa rente.

Echéance principale

Elle correspond à la date anniversaire de la prise d'effet des garanties souscrites par l'assuré.

Etat de santé consolidé

Un état de santé est dit « consolidé » lorsque la réduction des facultés fonctionnelles et cognitives est jugée, en l'état actuel des connaissances médicales, permanente et irréversible (sans possibilité d'amélioration significative).

Maladie

Toute altération de l'état de santé de l'assuré d'origine non traumatique constatée par une autorité médicale reconnue.

Maladies neurodégénératives

Sont considérées comme maladies neurodégénératives principalement mais non exclusivement : la maladie d'Alzheimer (ou tout état de démence sénile), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la maladie de Huntington, la sclérose latérale amyotrophique.

Médecin conseil de l'assureur

Le médecin conseil de l'assureur est le médecin chargé d'évaluer l'état de santé de la personne à la demande de l'organisme d'assurance. Comme tout médecin, il est soumis au code de déontologie médicale et au secret professionnel.

Point AGIRC

Point de retraite du régime complémentaire des cadres dont la revalorisation est déterminée périodiquement par l'AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres).

Souscripteur du contrat collectif

L'Association AFER (Association Française d'Epargne et de Retraite), 36 rue de Châteaudun – 75009 Paris.



AFER Dépendance

ANNEXE À LA NOTICE D'INFORMATION :
CONVENTION D'ASSISTANCE



OBJET DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE

La convention d'assistance de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à la disposition du bénéficiaire, et de ses proches, un ensemble de services choisis pour l'accompagner dès l'adhésion au contrat d'assurance AFER Dépendance et tout au long de la vie de son adhésion (excepté en cas de mise en réduction de l'adhésion, tel que précisé à l'article 6.3 de la Notice d'information du contrat AFER Dépendance).

Simple besoin d'information, temporairement immobilisé à cause d'un accident ou d'une maladie, la convention d'assistance apporte une aide aux premiers signes de la perte d'autonomie, les conseillers autonomie sont à l'écoute du bénéficiaire pour identifier ses nouveaux besoins, le conseiller, proposer les solutions personnalisées adaptées à la situation présente et préparer l'avenir.

En cas de perte d'autonomie définitive partielle ou totale, les conseillers MONDIAL ASSISTANCE FRANCE construisent avec le bénéficiaire et ses proches l'environnement de sa nouvelle vie et coordonnent la mise en œuvre des services afin de lui faciliter le quotidien.

Les conseillers autonomie de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE sont aussi à l'écoute des proches, pour les soutenir, les renseigner, les aider et les entourer au mieux, y compris en cas de décès.

ARTICLE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET CONDITIONS APPLICABLES

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par AVIVA VIE auprès de AGA INTERNATIONAL SA, Société anonyme au capital de 17 287 285 euros, 519 490 080 RCS Paris, Entreprise régie par le Code des Assurances, Siège Social : 37 rue Taitbout – Paris 75009, sont mises en œuvre par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE (S.A.S. au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Paris - Siège social : 54 rue de Londres 75008 Paris - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669).

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et AVIVA VIE ne peuvent en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et AVIVA VIE ne seront pas tenues responsables des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour assister le bénéficiaire.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations d'assistance, tous actes, pièces, factures, certificats médicaux, bulletins d'hospitalisation, etc., de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations d'assistance.

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur (bénéficiaire ou proche) s'engage à fournir les justificatifs appropriés à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel, sauf cas fortuit ou de force majeure. Les certificats médicaux et bulletins d'hospitalisation seront adressés, à l'adresse qui lui sera communiquée, au médecin de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE (qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi lesdits justificatifs).

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et AVIVA VIE ne peuvent répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le bénéficiaire des dispositions qui précèdent et seraient en droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement des frais exposés.

L'organisation par le bénéficiaire ou par ses proches de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si MONDIAL ASSISTANCE FRANCE a été prévenue et a donné son accord exprès préalable.

Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aurait engagés pour organiser le service.

Modalités d'examen des réclamations.

Lorsqu'un bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse suivante :

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE
Service Traitement des Réclamations
TSA 20043
75379 Paris cedex 08

Un accusé de réception parviendra au bénéficiaire dans les 10 (dix) 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 les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont l'assureur le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse d'AGA International SA ayant procédé à un dernier examen de sa demande

épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA)
BP 290
75425 Paris cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFSA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges.
Ce dispositif est défini par les 10 (dix) règles de la Charte de la Médiation de la FFSA.

Loi informatique et libertés

«Conformément à la «Loi Informatique et Libertés» n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification **et d'opposition pour motif légitime dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi précitée**, en s'adressant au siège d'AGA International SA, **37 rue Taitbout 75009 Paris**.

En application de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de l'exécution et de la gestion des prestations.

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention est :

L'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution
61 rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

Loi applicable- langue utilisée

La Convention est régie par la loi française. La langue utilisée est le français.

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Les informations fournies par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE sont des renseignements à caractère documentaire. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours.

La responsabilité de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui auront été communiqués.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'engage alors à répondre dans un délai de 48 heures.

Conditions applicables à toutes les prestations d'assistance

Les prestations énoncées dans la présente convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

La mise en place des prestations d'assistance au domicile peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouvrée.

La reconnaissance d'une situation de perte d'autonomie par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut en aucune manière préjuger de la reconnaissance d'un état de dépendance par Aviva Vie pour la mise en œuvre des garanties d'assurance.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité de l'adhésion au contrat AFER Dépendance et de l'accord liant AVIVA VIE et MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pour la délivrance de ces prestations d'assistance, sous réserve que l'adhésion au contrat AFER Dépendance ne soit pas mise en réduction (cf. article 6.3 de la notice d'information du contrat AFER Dépendance). Les prestations cessent à la prochaine date anniversaire de l'adhésion au contrat AFER Dépendance en cas de cessation de l'accord liant AVIVA VIE et MONDIAL ASSISTANCE FRANCE (cf. article 10.4 alinéa 2 du Contrat AFER Dépendance).

Territorialité

Les prestations de la présente convention ne peuvent être mises en œuvre qu'en France métropolitaine et Principauté de Monaco et exclusivement pour les personnes qui y résident.

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS

Accident corporel

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Bénéficiaire

Personne physique ayant adhéré au contrat AFER Dépendance et qui est assurée au titre de ce contrat. Le bénéficiaire peut être soit bénéficiaire en situation d'aidant, soit bénéficiaire en situation d'aidé.

Demandeur

Bénéficiaire ayant adhéré au contrat AFER Dépendance ou l'un de ses proches agissant en sa qualité d'aidant.

Domicile

Lieu de résidence principale en France métropolitaine ou Principauté de Monaco.

Hospitalisation imprévue

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public ou toute hospitalisation à domicile, consécutif à un accident ou une maladie, prescrit en urgence, dans les 48 heures, par un médecin, à l'exclusion des hospitalisations de jour et des hospitalisations planifiées. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se réserve le droit de demander un bulletin confirmant l'hospitalisation avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Immobilisation imprévue

Toute incapacité physique à se déplacer survenant inopinément et consécutive à un accident ou à une maladie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Maladie

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Transport

Les transports organisés s'effectuent, selon les moyens appropriés par train 2^{ème} classe ou par avion en classe touriste.

A – DÈS LA PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION AU CONTRAT AFER DÉPENDANCE ET PENDANT TOUTE LA DURÉE DE L'ADHÉSION*

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à la disposition du bénéficiaire les services ci-après :

ARTICLE 3 – SERVICES D'INFORMATION

Sur simple appel téléphonique, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans les domaines ci-après :

3.1 • La vie pratique

- **Santé** : Informations médicales de la vie courante (vaccins, médicaments, prévention...), du voyage (risques sanitaires et prévention, vaccinations...), maladies liées au vieillissement, problèmes d'alcool, de tabagisme, de poids, associations de malades (diabétiques, paralysés,...).
- **Bien se nourrir à tous les âges** : le bon équilibre alimentaire, les compléments alimentaires, l'alimentation biologique, les régimes en fonction des âges.
- **Protection sociale** : ce que l'on doit savoir sur les pensions de réversion, les droits pour le survivant, l'allocation veuvage, l'aide sociale : qui y a droit et à qui la demander ?
- **Juridique** : comment porter plainte ? A qui s'adresser en cas de litige ? En terme de succession, comment protéger les intérêts de la famille ? Quels sont les droits concernant les biens du conjoint survivant ? La vente de son logement.
- **Vie pratique** : formalités administratives, services publics, gastronomie-cuisine, jardinage.
- **Les derniers jours de la vie** : comment s'y préparer ? Comment mieux les appréhender : les droits et libertés de chacun (dons d'organes, procuration sur les divers comptes bancaires). Les soins palliatifs.

3.2 • La situation de perte d'autonomie

Faire face : Les conséquences des différentes modifications qui interviennent dans la vie quotidienne (relations avec la banque, la compagnie d'assurance, le notaire, le lieu d'habitation, les impôts, la Sécurité Sociale...), le matériel technique adéquat, l'aménagement du domicile.

- **A qui s'adresser concrètement ?** Le rôle des différents professionnels de santé intervenant dans le domaine médico-social et des différents organismes compétents (CLIC, CCAS, CODERPA, Caisses de retraite...).
- **Quelles sont les prestations auxquelles la personne en perte d'autonomie a droit ?** Les aides légales type APA (allocation personnalisée autonomie) : les conditions d'admission, le montant de la prestation, les procédures d'attribution, les modalités d'utilisation, les mesures d'accompagnement. Les aides matérielles ou financières...
- **Quelles démarches suivre et vers quel établissement se diriger si la personne en perte d'autonomie ne peut rester chez elle ?** Les différentes solutions possibles : les EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), les EHPAA (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Autonomes), les résidences pour personnes âgées. Les adresses, caractéristiques et tarifs des différentes maisons d'accueil se trouvant dans la région choisie.
- **Quelles sont les conséquences juridiques inhérentes à une situation de perte d'autonomie ?** L'obligation alimentaire, les problèmes de capacité juridique (la sauvegarde de la justice, le mandataire spécial, la curatelle et la tutelle), la transmission du patrimoine, la dévolution de biens ou la garde temporaire de biens ou d'animaux domestiques.
- **Quels loisirs pour les seniors en perte d'autonomie ?** Activités et loisirs avec aménagements particuliers, spectacles (théâtre, cinéma...) faisant l'objet de versions spécifiques aux malvoyants. Voyages organisés et autres vacances en fonction des différentes formes de handicap.

* sous réserve que le contrat AFER Dépendance ne soit pas mis en réduction (cf. article 6.3 de la notice d'information du contrat AFER Dépendance).

ARTICLE 4 – SERVICES DE BIEN-ÊTRE ET DE MISE EN RELATION

Pour l'ensemble des prestations de services de bien-être et de mise en relation, **les frais engagés seront réglés directement par le bénéficiaire au prestataire concerné.** MONDIAL ASSISTANCE FRANCE assure seulement un service de mise en relation. La responsabilité de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ou des prestataires ne pourra en aucun cas être recherchée si le bénéficiaire fait une interprétation inexacte ou inappropriée des avis qui lui auront été communiqués par le prestataire.

Sur simple appel téléphonique MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met le demandeur en relation, avec les professionnels de son réseau spécialisé.

4.1 • Services de bien-être : mise en relation

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE **organise, sans prendre en charge,** la mise en relation du bénéficiaire avec un prestataire de son réseau pour :

- la livraison de courses,
- la garde des animaux,
- le portage de repas, service de linge, coiffeur,
- l'accompagnement par une personne de compagnie pour faire la lecture, jouer aux cartes, discuter, aider à classer ou remplir des documents.

4.2 • Téléconseil santé

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à la disposition du bénéficiaire un service d'information et d'orientation médicale délivré par téléphone, par des professionnels de santé.

Le bénéficiaire peut contacter MONDIAL ASSISTANCE FRANCE par téléphone, **du lundi au vendredi de 8h à 20h.**

Si aucun médecin n'est disponible, un médecin rappellera le bénéficiaire dans les meilleurs délais.

Sans faire de diagnostic ni de prescription, le médecin de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE intervient en complément du médecin traitant : il conseille, oriente, prévient, rassure, alerte, aide à accepter un traitement ou apporte son soutien professionnel au bénéficiaire.

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles.

Ce service ne se substitue en aucun cas aux services d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire doit contacter immédiatement les organismes locaux de secours d'urgence.

4.2.1- Informations médicales au quotidien

Le bénéficiaire peut obtenir des informations relatives à sa santé, sa maladie, la prescription faite par son médecin traitant, un résultat d'examen ou toute information relative à sa santé et son suivi.

a. Informations d'ordre général relatives à la santé

Les établissements de soins

- les urgences (numéro du SAMU, pompier, centre anti-poison ...)
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités

Les questions générales sur la santé

- la grossesse et l'accouchement (les médicaments interdits, à éviter, les examens à effectuer (obligatoires, facultatifs))
- les maladies infantiles
- les vaccinations à effectuer (obligatoires, conseillées, risques liés à la vaccination)

Les facteurs de risques

- les problèmes d'alcool, de tabagisme, de drogues
- les problèmes liés au poids
- les risques cardio-vasculaires

Les questions de médecine générale

- les traitements et les conséquences d'une maladie
- des informations relatives à une analyse biologique ou un examen
- des informations relatives à une prescription
- les modalités de suivi d'une maladie aiguë ou chronique

Les questions relatives aux médicaments

- les médicaments originaux
- les médicaments génériques
- les médicaments disponibles en vente libre

Les informations préventives

- risque de transmission aux enfants (génétiquement)
- risque de contagion pour l'entourage.
- informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre... (ex : rougeole, sida...)
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité Sociale...)

Informations sur les médecines alternatives

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE oriente le bénéficiaire vers une médecine alternative, adaptée à sa pathologie, telles que :

- thérapies manuelles : kinésithérapie, ostéopathie, chiropraxie, réflexologie, médecine orientale/chinoise
- acupuncture, auriculothérapie
- mésothérapie
- homéopathie, phytothérapie
- thalassothérapie
- luminothérapie, hypnothérapie.

b. Orientation et conseils

Orientation vers un centre de prise en charge de la douleur

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE oriente, en cas de douleurs, le bénéficiaire vers les Centres de Lutte contre la Douleur (CLUD).

Conseils pour préparer la consultation auprès de son médecin traitant

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aide le bénéficiaire :

- à préparer l'entretien et à poser les bonnes questions au médecin
- à expliquer plus précisément ses symptômes afin de faciliter la consultation.

Conseils après la consultation

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE apporte une information personnalisée en aidant le bénéficiaire à la bonne compréhension et au bon suivi de son traitement.

4.2.2-Aide à la conduite à tenir en cas de symptômes

Lorsque le bénéficiaire s'interroge face à un symptôme ressenti, il peut obtenir une aide à la conduite à tenir.

Le médecin de Mondial assistance évalue la situation du Bénéficiaire.

Il oriente le bénéficiaire face à un symptôme ressenti et détermine si l'entretien téléphonique suffit ou non à donner un conseil comme :

- l'utilisation de médicaments stockés à la suite d'une prescription précédente
- l'achat d'un médicament sans ordonnance
- l'indication d'examens complémentaires
- un simple conseil médical

Il s'assure que le bénéficiaire a bien compris les informations délivrées et identifie, le cas échéant, la nécessité de l'orienter vers son médecin traitant ou vers un médecin de garde de façon urgente ou différée ; en cas de reconnaissance de signes d'urgence il demandera au bénéficiaire de déclencher le n° d'urgence local (15, 112, 18) ou préviendra simultanément les secours d'urgence primaires.

L'aide à la conduite à tenir en cas de symptôme ne peut en aucun cas se substituer à une consultation médicale.

4.2.3-Aide pour une orientation médicale

Lorsque le bénéficiaire doit faire l'objet d'une intervention chirurgicale grave ou faire face à une maladie chronique déclarée, il peut demander une orientation vers un service médical ou chirurgical de référence spécialisé afin de confirmer un diagnostic ou vérifier que le traitement proposé respecte les recommandations françaises et internationales.

Ces centres de référence sont sélectionnés à travers l'analyse de leurs publications.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE propose au bénéficiaire jusqu'à 3 (trois) centres de référence spécialement compétents pour répondre à ses interrogations.

Si le bénéficiaire le souhaite, un médecin de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE peut contacter le centre sélectionné afin de lui faciliter l'obtention d'un rendez-vous.

Le coût de la consultation dans le centre de référence reste à la charge du bénéficiaire.

CONDITIONS APPLICABLES AU TELECONSEIL SANTE

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

Toute information est communiquée au bénéficiaire dans le respect de la confidentialité, de la législation sociale et du secret médical.

4.3 • Services pour accompagner le bénéficiaire chez son spécialiste santé habituel

Si le bénéficiaire a besoin d'être accompagné chez son spécialiste santé : pédicure, dentiste, ophtalmologiste, audioprothésiste, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE **organise sans prendre en charge** la mise en relation du bénéficiaire avec un prestataire (taxi, ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) de son réseau). L'attention du bénéficiaire est attirée sur le fait qu'en fonction de la distance parcourue et du temps d'attente, la course, peut être plus ou moins coûteuse. Le bénéficiaire est invité à demander un devis au prestataire avant la course.

4.4 • Services de mise en relation avec des prestataires agréés Borloo (prestations défiscalisables)

Catalogue des prestations :

Assistance administrative à domicile
Garde malade adulte
Aide à la mobilité : mise à disposition d'un chauffeur (ex : visite chez le médecin, à l'hôpital, chez le coiffeur, à la poste chez le vétérinaire, au supermarché, à la gare, à l'aéroport...)
Accompagnement dans les activités quotidiennes : hygiène, alimentation, entretien de la maison, accompagnement aux activités sociales, nourriture chat et chien, aide à la mobilité (à bras)
Soins d'hygiène et de mise en beauté des personnes en perte d'autonomie
Soins et promenades d'animaux de compagnie

Cette liste est susceptible d'évoluer pour tenir compte de nouvelles dispositions de la loi.

Ces prestations sont éligibles au dispositif fiscal relatif aux services à la personne.

Conditions applicables

Engagements de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE

Lors d'une demande de mise en relation, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'engage à tout mettre en œuvre pour trouver un prestataire :

- agréé, qui a été référencé par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE,
- qui sera en mesure de rappeler, dans un délai de 2 jours ouvrables maximum, à compter du premier jour ouvrable suivant la demande, si la mission est confirmée. Ce délai, valable en zone urbaine, peut être plus long en zone rurale,
- qui n'appliquera pas de frais de dossiers, sous certaines conditions,
- dont MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'est préalablement assuré qu'il était en mesure de satisfaire la demande du bénéficiaire si ce dernier souhaite contracter avec lui.

Si le prestataire, avec lequel le demandeur a été mis en relation, ne convient pas au bénéficiaire, celui-ci pourra à nouveau contacter la plateforme afin d'être mis en relation avec un nouveau prestataire, sous réserve des disponibilités locales.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE assure un suivi de la satisfaction du demandeur/du bénéficiaire, en réalisant des enquêtes qualité régulières.

Si le bénéficiaire établit un contrat avec le prestataire, le coût de la prestation fournie par le prestataire reste à la charge du bénéficiaire, qui règle directement ces frais, au regard du contrat qui le lie au prestataire.

Responsabilité

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met exclusivement en relation un bénéficiaire avec des prestataires agréés de son réseau. Les prestations commandées par le bénéficiaire au prestataire seront exécutées sous la seule responsabilité de ce dernier. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE n'est pas responsable, à l'égard du bénéficiaire et des tiers :

- de toute faute dans le cadre de la préparation, la mise en place et l'exécution des prestations par le prestataire,
- des dommages tant matériels que corporels causés par le prestataire au bénéficiaire ou à ses biens.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne saurait être tenue pour responsable d'un éventuel fait illicite ou de préjudice de quelque nature que ce soit qu'un bénéficiaire pourrait subir du fait d'un prestataire, ou qu'un prestataire pourrait subir du fait du bénéficiaire. En conséquence, le bénéficiaire renonce à tout recours à l'encontre de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE de ce fait.

Il s'agit d'une mise en relation avec un réseau de prestataires agréés, visant à accompagner le demandeur/bénéficiaire dans la recherche de solutions de vie quotidienne.

L'objectif de ce service est :

- de délivrer de l'information sur les services à la personne,
 - de mettre en relation le demandeur avec un prestataire référencé par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE sous 48h.
- Suite à une demande de mise en relation auprès de la plateforme de service, le demandeur/bénéficiaire choisit ou non d'établir un contrat avec le prestataire avec lequel il a été mis en relation et se charge de lui régler directement les coûts relatifs à la réalisation des prestations.

Sur simple appel téléphonique, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE enregistre la demande de mise en relation avec les prestataires de son réseau de Services à la Personne agréés « Borloo » et répond aux demandes d'information.

Les horaires de la plateforme de service sont à distinguer :

- des horaires d'ouverture des prestataires (horaires auxquels les prestataires sont joignables),
- des possibilités d'intervention des prestataires : certains prestataires ne sont pas joignables le soir ou le week-end mais peuvent être en mesure de réaliser des prestations pendant ces créneaux.

4.5 • Service de recherche de fonds

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE **organise sans prendre en charge** la mise en relation du bénéficiaire avec un prestataire de son réseau qui vient le chercher à son domicile et l'accompagne à sa banque ou au distributeur automatique de billets le plus proche. Le même prestataire ramène ensuite le bénéficiaire à son domicile. L'attention du bénéficiaire est attirée sur le fait qu'en fonction de la distance parcourue et du temps d'attente, la course, peut être plus ou moins coûteuse. Le bénéficiaire est invité à demander un devis au prestataire avant la course.

4.6 • Services pour aider le bénéficiaire à réaliser un diagnostic de performance énergétique de son domicile

Lorsque le bénéficiaire envisage d'effectuer des travaux visant à réaliser des économies d'énergies dans son domicile, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise **sans prendre en charge** :

Un rendez-vous et l'intervention d'un diagnostiqueur qualifié au domicile du bénéficiaire, selon les disponibilités du bénéficiaire, dans un délai maximum de 72 heures ouvrées suivant son appel de prise de rendez vous.

Définition du Diagnostic de Performance Energétique

Défini par l'article L134-1 du code de la construction et de l'habitation (*Loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 art.41 ; Ordonnance n° 2005-655 du 8 juin 2005 art. 17*) le Diagnostic de Performance Energétique («DPE») permet d'évaluer la consommation énergétique ainsi que les émissions de gaz à effet de serre liées au bâtiment et à ses installations. Le diagnostic informe également les bénéficiaires des types de travaux qui peuvent être envisagés pour améliorer la performance énergétique de leur bien. Il est obligatoire pour toutes les ventes et les locations de biens équipés d'un chauffage (individuel ou collectif). Valable 10 ans il est réalisé par un expert indépendant, certifié, assuré et qualifié qui dresse un bilan de l'état énergétique et la qualité du logement.

ARTICLE 5 – SERVICE DE PRÉVENTION BILAN MÉMOIRE

Chaque programme individuel de prévention ne peut être administré qu'une fois par année de contrat et par bénéficiaire. L'accès à cette prestation nécessite le recueil d'informations nominatives propres au bénéficiaire.

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » loi 78.17 du 6 janvier 1978, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant, ainsi qu'un droit d'opposition auprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE – Pôle Banques et Assurances - Service juridique – 2 rue Fragonard – 75807 Paris Cedex 17.

5.1 • Bilan Mémoire chez son médecin traitant

Cette prestation est réservée aux bénéficiaires âgés de plus de 65 ans qui souhaitent faire un point sur leur mémoire.

Ce bilan réalisé (cf Articles 5.2 et 5.3 ci-dessous) par le médecin traitant, à son cabinet, permet d'évaluer de façon précoce la présence éventuelle de troubles cognitifs et les facteurs de risques de démence.

Ce service propose de façon simple, rapide, et en toute confidentialité de faire le point sur sa mémoire et, en cas de risque suspecté, d'être accompagné par son médecin traitant et éventuellement selon la décision de ce dernier orienté vers une consultation spécialisée qui permettra de faire un bilan plus complet.

- Ce bilan est conçu avec des spécialistes du vieillissement cérébral reconnus nationalement et internationalement.
- Le coût de la consultation chez le médecin traitant est pris en charge par le service. Le bénéficiaire n'a donc pas à payer la consultation.

5.2 • Inscription au service

Le bénéficiaire contacte MONDIAL ASSISTANCE FRANCE par téléphone et demande à être inscrit au service Bilan Mémoire. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE lui adresse alors un courrier contenant :

- un accord de participation,
- une enveloppe pré-affranchie (pour le retour de l'accord de participation dûment complété et signé par le bénéficiaire),
- une brochure thématique,

Dès réception de l'accord de participation dûment complété et signé chez MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, l'inscription du bénéficiaire est enregistrée.

Cet accord écrit par le bénéficiaire est indispensable à la délivrance de ce service.

A tout moment, sur simple appel téléphonique, le bénéficiaire peut se désinscrire du programme.

5.3 • Déroulement du service

L'infirmière de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE :

- contacte le bénéficiaire au créneau horaire que celui-ci aura indiqué sur l'accord de participation afin de lui confirmer son inscription et de répondre à ses questions éventuelles,
- coordonne l'organisation de ce bilan avec le médecin traitant du bénéficiaire (déroulement du service, objectifs, envoi des supports nécessaires au bilan),
- avertit le bénéficiaire que son médecin accepte de lui faire passer ce bilan.

Le bénéficiaire fixe le rendez-vous avec son médecin traitant.

Le médecin traitant :

- réalise le bilan à son cabinet,
- restitue au bénéficiaire les résultats du bilan,
- conserve le dossier du bénéficiaire,
- transmet sa feuille d'honoraire, à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pour remboursement, à hauteur de 2 consultations, au tarif conventionné d'un médecin généraliste, soit 46 € TTC (3 janvier 2011).

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pourra reprendre contact avec le bénéficiaire dans les semaines qui suivent le bilan afin d'apprécier son niveau de satisfaction de ce service.

ARTICLE 6 – SERVICE D'AIDE POUR LE BÉNÉFICIAIRE AIDANT UN PROCHE EN PERTE D'AUTONOMIE

Pour permettre au bénéficiaire, aidant un proche en perte d'autonomie, de « faire une pause » et préserver ainsi sa vie personnelle et familiale MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à sa disposition un ensemble de services à utiliser à sa convenance et selon ses besoins parmi un ensemble de prestations.

Définitions spécifiques au service d'aide pour le bénéficiaire aidant un proche en perte d'autonomie

Bénéficiaire aidant

Personne physique, adhérente au contrat AFER Dépendance qui vient en aide à titre non professionnel à une personne en perte d'autonomie de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne.

Proche en situation de perte d'autonomie

La personne en perte d'autonomie aidée peut être le conjoint, le frère ou la sœur, un des ascendants directs (parents, grands parents), le conjoint de l'un des ascendants directs du bénéficiaire.

L'aide apportée peut être effectuée au domicile de la personne aidée y compris maison d'accueil ou domicile de l'aidant.

Risques couverts

Lorsque le bénéficiaire se retrouve en situation de devoir aider un de ses proches en perte d'autonomie et **si cette perte d'autonomie n'est pas antérieure à l'adhésion au contrat AFER Dépendance**, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met immédiatement à disposition du bénéficiaire un ensemble de prestations d'assistance : ensemble de services pour faire face rapidement à la situation, accompagnement dans les démarches administratives et sociales, mise en relation avec des services d'aide à la personne, prestations pour mieux gérer la situation au quotidien, solutions pour faire une pause. Est considérée comme étant en perte d'autonomie la personne dont un handicap récemment apparu entraîne définitivement une perte d'autonomie caractérisée par l'incapacité à accomplir seul au moins deux des quatre activités suivantes : préparer son repas, faire sa toilette, s'habiller, se déplacer.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE évalue la perte d'autonomie par téléphone avec le bénéficiaire et son proche aidé s'il est en mesure de répondre.

Le service d'information et de conseil social est accessible pendant toute la durée du contrat, que le proche aidé du bénéficiaire soit en perte d'autonomie ou non.

Conditions applicables au service

L'ouverture des droits aux prestations, en dehors du service d'information et de conseil social disponible sans condition, est soumise à une évaluation de la situation du proche aidé et réalisée par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE. L'ouverture des droits est acquise lorsque l'évaluation réalisée par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE constate la nécessité d'un accompagnement du fait d'une perte d'autonomie partielle ou totale du proche aidé.

En cas de contestation de l'évaluation faite par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, le bénéficiaire aidant devra fournir :

- pour un proche de plus de 60 ans, la décision de classement relatif à l'Allocation Personnalisée Autonomie établie par le Conseil Général dont dépend le proche aidé du bénéficiaire aidant ou un certificat médical attestant la réalité de la perte d'autonomie.
- pour un proche de moins de 60 ans, un certificat médical attestant la réalité de la perte d'autonomie.

6.1 • Dès l'adhésion au contrat AFER Dépendance et pendant toute la durée de l'adhésion, sur simple appel téléphonique

6.1.1-Pour être informé et conseillé sur la législation sociale

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h00 à 20h00, le samedi de 9h00 à 18h00, hors jours fériés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE propose au bénéficiaire aidant, par téléphone uniquement, un service d'information et de conseil social.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE informe et conseille :

- sur les principales prestations sociales existantes,
- sur les conditions d'accès aux Etablissements spécialisés et leurs financements,
- oriente le bénéficiaire vers les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière, du service, de l'accompagnement (sécurité sociale, caisse d'allocations familiales, conseils généraux, centres communaux d'action sociale, ANPE, associations, caisse vieillesse) afin de faciliter l'organisation du maintien à domicile du proche aidé ou son admission dans une maison d'accueil.

6.1.2-Information médicale spécialisée

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi entre 7h00 et 21h00, le bénéficiaire aidant peut obtenir des informations d'ordre général sur une pathologie dont son proche en perte d'autonomie est affecté, ses conséquences et traitements habituels.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE vérifiera préalablement à toute réponse que la personne qui sollicite cette prestation est effectivement le bénéficiaire aidant.

En aucun cas, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne communiquera d'informations médicales concernant le proche en perte d'autonomie.

6.2 • Dès la survenue de la perte d'autonomie d'un proche

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h00 à 20h00, le samedi de 9h00 à 18h00, hors jours fériés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge, par téléphone uniquement, des prestations destinées à soutenir le bénéficiaire aidant dans les difficultés auxquelles il doit faire face.

6.2.1-Pour faire face rapidement à une situation imprévue

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge dans la limite de **250 € TTC** un ensemble de prestations de première nécessité, à utiliser par le bénéficiaire aidant à sa convenance et selon ses besoins.

Cet ensemble de prestations est valable une fois, et doit être utilisé dans un délai d'un an à compter de l'évaluation de la perte d'autonomie du proche aidé par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Mise à disposition de moyens de transport

- Taxi
- Train
- Avion

Mise à disposition d'un véhicule de location

Véhicule de location mis à la disposition du bénéficiaire aidant, à prendre et à rendre dans la même agence indiquée par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

La location d'un véhicule est effectuée dans la limite des disponibilités locales et pour le bénéficiaire aidant remplissant les conditions exigées par les loueurs (âge, ancienneté de permis, dépôt de caution,...).

Hébergement dans un hôtel proche de la personne aidée

dans la limite des disponibilités locales.

La garde au domicile des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h00 et 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante.

Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher : cet accompagnement se fait exclusivement à pied.

La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

■ soit à l'extérieur, frais de nourriture compris,

■ soit chez un proche désigné par le bénéficiaire aidant, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 km autour du domicile,

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

Aide ménagère au domicile du bénéficiaire aidant ou du proche aidé

dans la limite des disponibilités locales.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h00 et 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire ou de celui de son proche en perte d'autonomie.

6.2.2-Pour se décharger de certaines tâches quotidiennes

En complément des prestations de première nécessité, sur demande du bénéficiaire aidant, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE :

■ évalue les besoins en services à la personne, du bénéficiaire aidant ou de son proche en perte d'autonomie,

■ met en relation le bénéficiaire aidant avec des prestataires de services à la personne agréés,

■ communique au bénéficiaire aidant toute l'information relative à la défiscalisation associée à ces services agréés ainsi que les informations relatives aux modalités d'intervention, de type mandataires ou prestataires, afin de permettre à l'aidant de choisir les aides les plus adaptées à ses besoins selon sa situation personnelle.

Le règlement des prestataires reste à la charge du bénéficiaire aidant.

6.2.3-Pour accompagner dans les démarches administratives et sociales

Lorsque la situation l'exige, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE propose un service d'accompagnement du bénéficiaire aidant sur la durée, destiné principalement à le soutenir de façon personnalisée dans ses démarches administratives et dans sa vie quotidienne.

Le service est composé d'un ensemble de prestations pour faire face à cette nouvelle situation :

Evaluation

Afin de mieux accompagner le bénéficiaire aidant sur le long terme, une évaluation personnalisée est réalisée par des professionnels de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE. Elle permet de mesurer et de connaître :

■ le contexte dans lequel le bénéficiaire aidant évolue,

■ ses habitudes de vie (son domicile est-il éloigné de celui du proche en perte d'autonomie...),

■ son environnement professionnel (situation / employeur),

■ son environnement familial (composition, proximité géographique),

■ et d'évaluer le contexte matériel dans lequel il vit.

Cette évaluation a pour objectif de déterminer l'ensemble de ses besoins en tant que bénéficiaire aidant et l'aider à obtenir les aides auxquelles il peut prétendre compte tenu de sa situation personnelle (par exemple : recherche de multi financements).

L'évaluation, basée sur l'écoute, permet également de sensibiliser le bénéficiaire aidant à la nécessité de ne pas s'oublier au profit exclusif de son proche en perte d'autonomie et à prendre de la distance par rapport à la situation.

Diagnostic et mise en œuvre

A l'issue de l'évaluation de la situation du bénéficiaire aidant, et sur sa demande, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE propose un plan d'actions.

Dans ce cadre, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE assure :

■ une coordination et une médiation entre les personnes (professionnels médico-sociaux) et les organismes sollicités,

■ un accompagnement à la constitution des dossiers administratifs,

■ une expertise sur le plan social délivrée par les assistantes sociales qui permet un suivi de la situation sur le long terme.

6.3 • Pour accompagner le bénéficiaire dans son nouveau rôle d'aidant

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00, hors jours fériés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge, par téléphone uniquement, des prestations destinées à accompagner le bénéficiaire dans son nouveau rôle d'aidant et à lui permettre de « souffler ».

6.3.1-Pour apprendre à mieux gérer la situation au quotidien

Afin de permettre au bénéficiaire aidant de mieux accepter et de mieux exercer son rôle d'aidant au quotidien, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

Une préparation au rôle d'aidant

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE propose par téléphone deux modules de sensibilisation destinés à prévenir le bénéficiaire aidant des risques liés à sa nouvelle situation :

- conseils pour rester en bonne santé : limiter les risques de stress, dépression, frustration, perturbation du sommeil, épuisement, faire comprendre qu'être aidant c'est aussi accepter de se faire épauler,
- conseils pour comprendre les difficultés du proche en perte d'autonomie et éviter les gestes involontaires de maltraitance.

Une formation pratique à domicile

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE propose au bénéficiaire aidant l'intervention d'une infirmière au domicile du proche en perte d'autonomie ou à son propre domicile afin de lui montrer et de lui expliquer les bons gestes à effectuer et la bonne attitude à adopter vis-à-vis de son proche en perte d'autonomie.

L'intervention de l'infirmière à domicile se déroule en deux phases de deux heures :

- la première phase est consacrée à travailler avec le bénéficiaire aidant uniquement sur différents thèmes (hygiène de vie, transferts et déplacements, toilette, habillage, repas,...),
- la deuxième phase est destinée à mettre en pratique les différents thèmes avec le proche en perte d'autonomie.

Un soutien psychologique

Par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire aidant à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile.

La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE qui le rappellera pour entamer la démarche. Si besoin, le bénéficiaire aidant pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur.

L'accompagnement proposé est limité à 3 entretiens au plus. Si la situation du bénéficiaire aidant nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

Une orientation vers les groupes de parole

Pour éviter un isolement du bénéficiaire, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, en fonction des disponibilités locales, oriente et met en relation le bénéficiaire aidant avec les associations et les établissements spécialisés qui proposent des séances de discussion et de réflexion animées par des professionnels et permettent de partager entre aidants les différentes expériences.

6.3.2-Pour faire une pause

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge dans la limite de **500 € TTC** un ensemble de prestations à utiliser par le bénéficiaire aidant à sa convenance et selon ses besoins, destiné à lui permettre de « faire une pause » et préserver ainsi sa vie personnelle et familiale.

Cet ensemble de prestations est valable une fois par contrat et par année civile pendant la durée de validité du contrat. Il n'est pas possible de cumuler dans une même année plusieurs prises en charge.

Les prestations prises en charge sont :

Des solutions d'hébergement temporaire

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE informe :

- des différentes solutions d'hébergement temporaire possibles en fonction des disponibilités locales : les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), les EHPAA (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Autonomes), les résidences pour personnes âgées,
- des adresses des différents établissements dans la région que le bénéficiaire aidant a choisie,
- des caractéristiques de ces établissements, en fonction de l'état de perte d'autonomie du proche en perte d'autonomie,
- des tarifs pratiqués,
- des conseils sur les démarches à effectuer.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge ou rembourse dans les limites décrites ci-dessus :

La recherche d'une place dans l'établissement le plus approprié.

Une auxiliaire de vie à domicile auprès du proche en perte d'autonomie, dans la limite des disponibilités locales.

Une Aide ménagère au domicile du bénéficiaire aidant ou de son proche en perte d'autonomie dans la limite des disponibilités locales. Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire ou de son proche en perte d'autonomie, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire ou de son proche en perte d'autonomie.

ARTICLE 7 – SERVICES EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION DU BÉNÉFICIAIRE

L'ensemble des prestations proposées en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation peuvent débuter dès le premier jour d'effet du contrat AFER DEPENDANCE. Les prestations décrites ci-dessous sont prises en charge une seule fois pour un même événement (la maladie ou l'accident entraînant l'hospitalisation ou l'immobilisation au domicile) et dans un délai de 3 (trois) mois au plus à compter de la date à laquelle MONDIAL ASSISTANCE FRANCE a été informée de l'événement.

7.1 • En cas de maladie ou accident au domicile

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits.

Toutefois, en cas de difficultés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics.

Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport de l'assuré par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

7.2 • Admission à l'hôpital

Si le bénéficiaire le souhaite, et sur prescription médicale uniquement, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

■ la recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier

public ou privé, dans la limite des disponibilités dans les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.

■ le transport du bénéficiaire à l'hôpital et le retour au domicile

par ambulance, de son domicile vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital de son choix situé dans un rayon de 100 km maximum autour de son domicile.

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié. En conséquence, le bénéficiaire s'engage à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes et à verser à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE toutes sommes perçues par lui à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

■ l'information à la famille

ou aux personnes préalablement désignées par le bénéficiaire du lieu d'hospitalisation où elles pourront prendre de ses nouvelles.

7.3 • Pendant l'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou l'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours

Pendant l'hospitalisation de plus de 2 jours du bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, et si aucun proche n'est disponible sur place, ou pendant l'immobilisation de plus de 5 jours au domicile sans hospitalisation ou pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation et le certificat médical, et si aucun proche n'est disponible sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

■ la présence d'un proche au chevet du bénéficiaire :

un voyage aller et retour, en train 2^{ème} classe ou avion en classe touristique, d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, ou dans la Principauté de Monaco, qui vient à son chevet.

■ le séjour à l'hôtel d'une personne désignée

au paragraphe « Présence d'un proche au chevet » dans la limite de 45 € TTC par nuit, avec un maximum 90 € TTC.

■ la livraison de médicaments en urgence

recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et est accessible 24h/24, 7 jours / 7.

■ l'aide ménagère à domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 15 heures pouvant être réparties sur 3 semaines. Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures, incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses, prise du courrier etc.) au domicile du bénéficiaire.

Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au domicile.

Dans tous les cas, cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » ci-avant.

■ le coiffeur à domicile sur rendez-vous, pris en charge une fois par immobilisation et pour un maximum de 45 € TTC.

■ la télé-assistance ponctuelle

mise à disposition au domicile d'un dispositif de télé-assistance pendant 3 (trois) mois si le bénéficiaire est isolé pendant sa convalescence à la suite d'une hospitalisation de plus de 10 jours.

Le dispositif est composé d'un appareil de télécommunication spécial et d'un service d'écoute. Il permet à l'assuré de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son habitation, 24 heures sur 24, en actionnant simplement une télécommande qu'il conserve sur lui.

Un opérateur du service d'écoute entre en liaison vocale avec lui sans qu'il ait à décrocher son téléphone grâce au transmetteur (qui compose automatiquement le numéro du centre de surveillance et joue le rôle d'interphone).

L'opérateur dialogue avec l'assuré pour analyser la situation, le rassurer et lui venir en aide en cas de problème. Il peut contacter les proches du bénéficiaire, son médecin, les pompiers, la police, un réparateur, etc.

Si le bénéficiaire ne peut pas répondre, l'opérateur déclenche immédiatement l'intervention la plus rapide, c'est-à-dire conjointement les proches, amis ou voisins et les secours d'urgence si nécessaire.

Au-delà de cette période de 3 (trois) mois, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pourra, à la demande du bénéficiaire, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

CONDITIONS APPLICABLES A LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF TELEASSISTANCE

Lors de la demande, le bénéficiaire devra nous fournir des données confidentielles le concernant pour la mise en place du service :

- ses coordonnées et les moyens d'accès à son domicile,
- les coordonnées d'au moins un dépositaire de clefs proche de son domicile,
- des informations concernant son entourage,
- des informations concernant son état de santé et les coordonnées de son médecin traitant,
- la présence éventuelle d'une autre personne ou d'animaux domestiques au domicile.

7.4 • Services supplémentaires en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours uniquement

Pendant l'hospitalisation de plus de 2 jours du bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, et si aucun proche n'est disponible sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

■ La garde au domicile des enfants à charge de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante.

Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner le(s) enfant(s) à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

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

■ La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

- soit à l'extérieur par un professionnel, frais de nourriture compris, pour un montant maximum de 230 € TTC,
- soit le transport chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine ou dans la Principauté de Monaco, dans un rayon maximum de 100 km autour du domicile.
- L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

■ Garde malade à domicile

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 10 heures pouvant être réparties sur 2 semaines. Chaque prestation de la garde malade dure au minimum deux heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire.

Ces soins ont pour objet d'assurer les soins quotidiens selon les besoins (aide à la toilette, à l'habillage, promenade). La garde malade n'est pas habilitée à effectuer les soins médicaux mais peut sur la base d'une ordonnance s'assurer de la prise des médicaments.

ARTICLE 8 – EN CAS DE TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE

Lorsque le bénéficiaire est confronté à une situation difficile telle qu'une agression, un accident ou une maladie grave dont lui-même ou un de ses proches est victime, ou tous autres événements qui l'affectent psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux les surmonter, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge selon le cas :

8.1 • Un soutien psychologique

par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile.

La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE qui le rappellera pour entamer la démarche. Si besoin, le bénéficiaire pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur.

L'accompagnement proposé est limité à 3 entretiens au plus. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

8.2 • Un accompagnement psychologique

par un psychologue proche du domicile du bénéficiaire.

Cette prestation est soumise à une évaluation conjointe par le médecin de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et le médecin traitant du bénéficiaire ou le médecin urgentiste intervenu au moment de l'événement.

Si la situation du bénéficiaire justifie un accompagnement psychologique en raison de l'ampleur du traumatisme subi, un premier rendez-vous avec le psychologue permet de déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement. Dans ce cas, la prise en charge de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE est limitée à 12 heures de consultation en cabinet.

Dans le cas contraire, le médecin traitant convient avec son patient du mode d'intervention adapté.

B – DÈS LES PREMIERS SIGNES DE PERTE D'AUTONOMIE DU BÉNÉFICIAIRE

Dès la perception de premiers signes de perte d'autonomie de l'assuré et à la demande du bénéficiaire, d'un proche ou lorsque le conseiller autonomie ou les assistantes sociales de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE détectent un début de perte d'autonomie, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE réalise un bilan exhaustif de la situation afin d'établir un plan d'actions pour le bénéficiaire et son entourage.

Ce bilan a pour objectif de déterminer l'ensemble des prestations d'assistance nécessaires compte tenu de la situation individuelle du bénéficiaire. Il intègre les prestations auxquelles le bénéficiaire pourrait avoir droit au titre de son adhésion

au contrat d'assurance AFER Dépendance, mais également tous les autres services accessibles au travers de l'action sociale, sanitaire ou au titre de l'hébergement lorsque celui-ci est nécessaire.

A tout moment, le bénéficiaire et ses proches trouveront auprès du service autonomie de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE une écoute.

Leurs demandes y seront entendues en toute confidentialité, par des professionnels de l'accueil téléphonique, animés par un esprit de disponibilité, d'écoute et de réconfort. Un conseiller deviendra alors leur référent et se tiendra à leur disposition pour toutes demandes concernant des prestations d'assistance.

ARTICLE 9 – BILAN DE VIE

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE réalise un bilan de vie pour mieux connaître le bénéficiaire et évaluer sa situation afin de lui proposer des solutions en adéquation avec ses besoins.

Le bilan de vie mesure le contexte dans lequel le bénéficiaire évolue, ainsi que les ressources dont il dispose. Il permet de connaître les habitudes de vie du bénéficiaire (comment se nourrit-il, reçoit-il des visites régulières...), son environnement familial (composition, proximité géographique), et d'évaluer le contexte matériel et affectif dans lequel il vit ainsi que les contacts qu'il a conservés avec la vie extérieure.

Il permet de :

- évaluer la perte d'autonomie,
- vérifier la possibilité de maintien à domicile du bénéficiaire,
- aider le bénéficiaire à organiser son maintien à domicile ou à accomplir ses démarches pour une admission en maison d'accueil,
- aider le bénéficiaire à obtenir les aides auxquelles il peut prétendre,
- proposer au bénéficiaire les prestations d'assistance qui vont améliorer son quotidien à domicile.

Il permet enfin d'évaluer si le logement du bénéficiaire est adapté ou non à son état et d'identifier les aménagements qu'il pourrait être nécessaire d'y effectuer.

Le bilan est réalisé par téléphone avec le bénéficiaire ou avec ses proches s'il n'est pas en mesure de répondre.

ARTICLE 10 – CONSEIL EN RESSOURCES SOCIALES

Selon les besoins détectés grâce au bilan de vie et notamment en cas de ressources insuffisantes, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE indique au bénéficiaire et à sa famille, les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière pour faciliter l'organisation du maintien à domicile du bénéficiaire (mairie, département, caisses de retraite,...) ou son admission dans une maison d'accueil.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE informe le bénéficiaire ou sa famille de ses droits, des prestations ou financements auxquels il peut prétendre (APA, ...), recherche les interlocuteurs adéquats, les met en contact avec la famille du bénéficiaire et aide la famille à constituer les dossiers nécessaires.

ARTICLE 11 – A L'ISSUE DU BILAN DE VIE : AUDIT DE L'HABITAT

Si le bilan de vie fait ressortir que des aménagements sont nécessaires pour le maintien à domicile du bénéficiaire, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge l'intervention d'un spécialiste et/ou d'un ergothérapeute pour préciser les moyens nécessaires au maintien à domicile (aménagement douche à niveau, lit médicalisé, rampe d'accès, télé-assistance...) et établir un devis des travaux à effectuer dans le délai qui sera convenu entre le spécialiste ou l'ergothérapeute et le bénéficiaire.

A ce stade, les aménagements qui pourraient être décidés par le bénéficiaire ou ses proches restent à la charge du bénéficiaire.

ARTICLE 12 – SI LE BÉNÉFICIAIRE PEUT ÊTRE MAINTENU À SON DOMICILE

12.1 • Plan d'aide à domicile

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE élabore, en concertation avec lui ou sa famille, un plan d'aide, par téléphone, pour faciliter sa vie à domicile : Le plan d'aide s'appuie sur les résultats du bilan préalablement établi (ou établi à cette occasion). Il recense tous les besoins identifiés et les services qui permettent d'y répondre (auxiliaire de vie, garde-malade, aide ménagère, livraison de courses...), leurs coûts et les sources possibles de financement. Il organise l'ordonnancement des prestations et leurs rythmes, en tenant compte notamment des disponibilités des proches éventuels.

Et, s'il le souhaite, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE accompagne le bénéficiaire ou ses proches dans la mise en œuvre des prestations du plan d'aide.

Le coût des prestations mises en place reste à la charge du bénéficiaire.

Services	Description
Aide ménagère	Tâches quotidiennes de ménage, repassage, courses (à l'exception des travaux lourds).
Auxiliaire de vie	Missions de l'aide ménagère + accompagnement dans la toilette et à l'extérieur.
Soins infirmiers	Soins techniques infirmiers et prise en charge des toilettes complètes et / ou accompagnées de soins.
Personne de compagnie	Intervenant spécialisé dans l'aide à la personne, titulaire d'un agrément qualité.
Portage de repas	Services de portage de repas diététiques personnalisés à domicile.
Livraison de courses	Prestataire qui prend la commande, achète et livre les courses à domicile.
Petit jardinage, bricolage	Entretien courant des jardins. Travaux élémentaires de bricolage réalisés par un homme de toute main.
Transport adapté	Taxi accessible ou Véhicule Sanitaire Léger selon le cas pour des trajets ponctuels ou plus réguliers.
Télé - assistance	Matériel installé sur le téléphone et relié à une centrale d'écoute et d'intervention.
Accueil de jour	Accueil en journée dans un EHPAD (Maison de retraite) avec activités occupationnelles et déjeuners pris sur place.
Hébergement temporaire	Accueil temporaire dans un EHPAD (Maison de retraite) médicalisé ou non selon les pathologies pour des durées pouvant aller jusqu'à 3 mois.
Livraison matériel médical	Livraison et installation au domicile de gros et de petits matériels médicaux.
Livraison de médicaments	Prestataire qui prend l'ordonnance et va récupérer les médicaments à la pharmacie et les livre à domicile.
Coiffeur à domicile	Coiffeur professionnel qui se déplace à domicile sur rendez-vous.
Service de linge	Prestataire professionnel qui vient prendre le linge, le nettoie, le repasse et le rapporte à domicile.
Accompagnement pour les déplacements	Intervenant spécialisé dans l'aide à la personne, titulaire d'un agrément qualité.
Garde des animaux de compagnie	Chenils agréés pour la garde et l'entretien des animaux de compagnie.

Un document reprenant l'ensemble des prestations retenues dans le plan d'aide avec leurs coûts est adressé au bénéficiaire pour acceptation.

Dès réception du plan d'aide signé par le bénéficiaire lui-même ou son représentant légal, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se charge de rechercher et d'organiser les interventions des prestataires nécessaires au regard du plan d'aide, et s'assure périodiquement que les prestations sont rendues conformément aux prévisions.

Le coût des prestations est à la charge du bénéficiaire.

12.2 • Assistance à l'aménagement du domicile

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE recherche les fournisseurs spécialisés en fonction des besoins d'aménagement définis lors du bilan de vie et confirmés le cas échéant par un spécialiste, et organise la mise en œuvre de l'aménagement.

Le coût des aménagements réalisés restent à la charge du bénéficiaire.

12.3 • Télé-assistance au domicile

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE propose un service de Télé-assistance permanent au domicile à un tarif préférentiel mensuel de 17€ TTC (tarif en vigueur au 01/01/2010, susceptible d'évoluer), dans le cadre du plan d'aide ou à la demande du bénéficiaire ou de sa famille.

Le dispositif est composé d'un appareil de télécommunication spécial et d'un service d'écoute. Il permet au bénéficiaire de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son habitation, 24 heures sur 24, en actionnant simplement une télécommande qu'il conserve sur lui.

Un opérateur du service d'écoute entre en liaison vocale avec lui sans qu'il ait à décrocher son téléphone grâce au transmetteur (qui compose automatiquement le numéro du centre de surveillance et joue le rôle d'interphone).

L'opérateur du centre de surveillance dialogue alors avec le bénéficiaire pour analyser la situation, le rassurer et lui venir en aide en cas de problème. Selon le besoin, il pourra contacter ses proches, son médecin, les pompiers, la police, un réparateur, etc., ou simplement converser avec le bénéficiaire.

Si le bénéficiaire ne répond pas, l'opérateur déclenche immédiatement l'intervention la plus rapide, c'est-à-dire conjointement les proches, amis ou voisins et les secours d'urgence si nécessaire.

Le service de télé-assistance fait l'objet d'un contrat distinct conclu entre le bénéficiaire et la société GTS, Gestion Télé-sécurité et Services, SA au capital de 720 000 euros, N°330 377 193 RCS Nanterre, dont le siège social est au 81 rue Pierre Sénard - 92320 Châtillon.

Définitions spécifiques

Proche aidant du bénéficiaire

Personne physique majeure, qui vient en aide à titre non professionnel, au bénéficiaire en situation de perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne.

Le proche aidant peut être le conjoint, le frère ou la sœur, un des descendants directs (enfants, petits enfants), le conjoint d'un des descendants directs du bénéficiaire.

L'aide apportée peut être effectuée au domicile du bénéficiaire y compris maison d'accueil ou domicile du proche aidant du bénéficiaire.

Il ne peut y avoir qu'un seul proche aidant du bénéficiaire.

Risques couverts

Lorsque le bénéficiaire se retrouve en situation de perte d'autonomie, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met immédiatement à disposition de son aidant un ensemble de prestations d'assistance : ensemble de services pour faire face rapidement à la situation, accompagnement dans les démarches administratives et sociales, mise en relation avec des services d'aide à la personne, prestations pour mieux gérer la situation au quotidien, solutions pour faire une pause.

Est considéré comme bénéficiaire en perte d'autonomie, le bénéficiaire dont un handicap récemment apparu entraîne définitivement une perte d'autonomie caractérisée par l'incapacité à accomplir seul au moins deux des quatre activités suivantes : préparer son repas, faire sa toilette, s'habiller, se déplacer.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE évalue la perte d'autonomie par téléphone avec le bénéficiaire, s'il est en mesure de répondre, et son aidant.

Le service d'information et de conseil social est accessible, pour l'aidant, pendant toute la durée du contrat, que le bénéficiaire soit en perte d'autonomie ou non.

Conditions applicables au service

L'ouverture des droits aux prestations de la présente convention, en dehors du service d'information et de conseil social disponible sans condition, est soumise à une évaluation de la situation du bénéficiaire réalisée par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE. L'ouverture des droits est acquise lorsque l'évaluation réalisée par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE constate la nécessité d'un accompagnement du fait d'une perte d'autonomie partielle ou totale.

En cas de contestation de l'évaluation faite par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, le bénéficiaire ou son proche aidant devra fournir :

- pour un bénéficiaire âgé de plus de 60 ans, la décision de classement relatif à l'Allocation Personnalisée Autonomie établie par le Conseil Général dont dépend le bénéficiaire ou un certificat médical attestant la réalité de la perte d'autonomie,
- pour un bénéficiaire âgé de moins de 60 ans, un certificat médical attestant la réalité de la perte d'autonomie.

L'ensemble des services proposés n'est accessible qu'à un seul proche aidant du bénéficiaire.

13.1 • Dès l'adhésion au contrat AFER Dépendance et pendant toute la durée de l'adhésion, sur simple appel téléphonique

13.1.1 - Pour être informé et conseillé sur la législation sociale

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h00 à 20h00, le samedi de 9h00 à 18h00, hors jours fériés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE propose au bénéficiaire ou à son proche aidant, par téléphone uniquement, un service d'information et de conseil social.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE informe et conseille :

- sur les principales prestations sociales existantes,
- sur les conditions d'accès aux Etablissements spécialisés et leurs financements,
- oriente les aidants vers les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière du service, de l'accompagnement (sécurité sociale, caisse d'allocations familiales, conseils généraux, centres communaux d'action sociale, Pôle Emploi, associations, caisse vieillesse) afin de faciliter l'organisation du maintien à domicile du bénéficiaire ou son admission dans une maison d'accueil.

13.1.2 - Information médicale spécialisée

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi entre 7h00 et 21h00, le proche aidant du bénéficiaire peut obtenir des informations d'ordre général sur la pathologie dont le bénéficiaire en perte d'autonomie est affecté, ses conséquences et traitements habituels.

Afin de préserver l'obligation du secret médical, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE vérifiera préalablement à toute réponse :

- que la personne qui sollicite cette prestation est effectivement la personne qui aide le bénéficiaire à son domicile, et lui est proche,
- qu'à ce titre, elle est déjà informée de l'état de santé du bénéficiaire.

Dans le doute, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne répondra pas aux demandes.

En aucun cas, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne communiquera d'informations médicales concernant le bénéficiaire.

13.2 • Dès la survenue de la perte d'autonomie du bénéficiaire

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h00 à 20h00, le samedi de 9h00 à 18h00, hors jours fériés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge, par téléphone uniquement, des prestations destinées à soutenir l'aidant du bénéficiaire dans les difficultés auxquelles il doit faire face.

13.2.1-Pour faire face rapidement à une situation imprévue

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge dans la limite de **250 € TTC** un ensemble de prestations de première nécessité, à utiliser par l'aidant du bénéficiaire à sa convenance et selon ses besoins.

Cet ensemble de prestations est valable une fois, et doit être utilisé dans un délai d'un an à compter de l'évaluation de la perte d'autonomie du bénéficiaire par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Mise à disposition de moyens de transport :

- Taxi
- Train
- Avion

Mise à disposition d'un véhicule de location :

Véhicule de location mis à la disposition de l'aidant du bénéficiaire, à prendre et à rendre dans la même agence indiquée par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

La location d'un véhicule est effectuée dans la limite des disponibilités locales et pour l'aidant du bénéficiaire remplissant les conditions exigées par les loueurs (âge, ancienneté de permis, dépôt de caution,...).

Hébergement dans un hôtel proche de la personne aidée dans la limite des disponibilités locales.

La garde au domicile des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures, incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire et peut être fournie entre 8h00 et 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante.

Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher : cet accompagnement se fait exclusivement à pieds.

La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux) :

- soit à l'extérieur, frais de nourriture compris,
- soit chez un proche désigné par l'aidant du bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile,

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

Aide ménagère au domicile du bénéficiaire ou de l'aidant du bénéficiaire

dans la limite des disponibilités locales.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures, incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h00 et 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés.

La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, etc...) au domicile du bénéficiaire ou de celui de son aidant.

13.2.2-Pour se décharger de certaines tâches quotidiennes

En complément des prestations de première nécessité, sur demande de l'aidant du bénéficiaire, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE :

- évalue les besoins du bénéficiaire ou de son aidant en services à la personne,
- met en relation l'aidant du bénéficiaire avec des prestataires de services à la personne agréés,
- communique à l'aidant du bénéficiaire toute l'information relative à la défiscalisation associée à ces services agréés ainsi que les informations relatives aux modalités d'intervention, de type mandataires ou prestataires, afin de permettre à l'aidant du bénéficiaire de choisir les aides les plus adaptées à ses besoins selon sa situation personnelle.

Le règlement des prestataires reste à la charge du proche aidant du bénéficiaire.

13.2.3-Pour accompagner dans les démarches administratives et sociales

Lorsque la situation l'exige, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE propose un service d'accompagnement de l'aidant sur la durée, destiné principalement à le soutenir de façon personnalisée dans ses démarches administratives et dans sa vie quotidienne.

Le service est composé d'un ensemble de prestations pour faire face à cette nouvelle situation :

Evaluation :

Afin de mieux accompagner l'aidant du bénéficiaire sur le long terme, une évaluation personnalisée est réalisée par des professionnels de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE. Elle permet de mesurer et de connaître :

- le contexte dans lequel l'aidant du bénéficiaire évolue,
- ses habitudes de vie (son domicile est-il éloigné de celui du bénéficiaire...),
- son environnement professionnel (situation / employeur),
- son environnement familial (composition, proximité géographique),
- et d'évaluer le contexte matériel dans lequel il vit.

Cette évaluation a pour objectif de déterminer l'ensemble de ses besoins en tant qu'aidant du bénéficiaire et l'aider à obtenir les aides auxquelles il peut prétendre compte tenu de sa situation personnelle (par exemple : recherche de multi financements).

L'évaluation, basée sur l'écoute, permet également de sensibiliser l'aidant du bénéficiaire à la nécessité de ne pas s'oublier au profit exclusif du bénéficiaire en perte d'autonomie et à prendre de la distance par rapport à la situation.

Diagnostic et mise en œuvre :

A l'issue de l'évaluation de la situation de l'aidant du bénéficiaire, et sur sa demande, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE propose un plan d'actions.

Dans ce cadre, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE assure :

- une coordination et une médiation entre les personnes (professionnels médico-sociaux) et les organismes sollicités,
- un accompagnement à la constitution des dossiers administratifs,
- une expertise sur le plan social délivrée par les assistantes sociales qui permet un suivi de la situation sur le long terme.

13.3 • Pour accompagner l'aidant du bénéficiaire dans son rôle d'aidant

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00, hors jours fériés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge, par téléphone uniquement, des prestations destinées à accompagner le proche aidant du bénéficiaire dans son nouveau rôle d'aidant et à lui permettre de « souffler ».

13.3.1-Pour apprendre à mieux gérer la situation au quotidien

Afin de permettre à l'aidant du bénéficiaire de mieux accepter et de mieux exercer son rôle d'aidant au quotidien, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

Une préparation au rôle d'aidant :

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE propose par téléphone deux modules de sensibilisation destinés à prévenir l'aidant du bénéficiaire des risques liés à sa nouvelle situation :

- conseils pour rester en bonne santé : limiter les risques de stress, dépression, frustration, perturbation du sommeil, épuisement, faire comprendre qu'être aidant c'est aussi accepter de se faire épauler,
- conseils pour comprendre les difficultés du bénéficiaire et éviter les gestes involontaires de maltraitance.

Une formation pratique à domicile :

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE propose à l'aidant du bénéficiaire l'intervention d'une infirmière au domicile du bénéficiaire ou à son propre domicile afin de lui montrer et de lui expliquer les bons gestes à effectuer et la bonne attitude à adopter vis-à-vis du bénéficiaire.

L'intervention de l'infirmière à domicile se déroule sur trois heures :

- la première phase est consacrée à travailler avec l'aidant du bénéficiaire uniquement sur différents thèmes (hygiène de vie, transferts et déplacements, toilette, habillage, repas, prendre soin de soi pour mieux prendre soin de l'autre...),
- la deuxième phase est destinée à mettre en pratique les différents thèmes avec le bénéficiaire.

Un soutien psychologique

Par un psychologue clinicien qui aidera l'aidant du bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile.

La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel de l'aidant du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE qui le rappellera pour entamer la démarche. Si besoin, l'aidant du bénéficiaire pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur.

L'accompagnement proposé est limité à 3 entretiens au plus. Si la situation de l'aidant du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

Une orientation vers les groupes de parole

Pour éviter un isolement de l'aidant du bénéficiaire, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, en fonction des disponibilités locales, oriente et met en relation l'aidant du bénéficiaire avec les associations et les établissements spécialisés qui proposent des séances de discussion et de réflexion animées par des professionnels et permettent de partager entre aidants les différentes expériences.

13.3.2-Pour faire une pause

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge dans la limite de **500 € TTC** un ensemble de prestations à utiliser par le proche aidant du bénéficiaire à sa convenance et selon ses besoins, destiné à lui permettre de « faire une pause » et préserver ainsi sa vie personnelle et familiale.

Cet ensemble de prestations est valable une fois par contrat et par année civile pendant la durée de validité du contrat. Il n'est pas possible, de cumuler dans une même année, plusieurs prises en charge.

Les prestations prises en charge sont :

Des solutions d'hébergement temporaire

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE informe :

- des différentes solutions d'hébergement temporaire possibles en fonction des disponibilités locales : les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), les EHPAA (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Autonomes), les résidences pour personnes âgées,
- des adresses des différents établissements dans la région que l'aidant et le bénéficiaire ont choisie,
- des caractéristiques de ces établissements, en fonction de l'état de perte d'autonomie du bénéficiaire,
- des tarifs pratiqués,
- conseils sur les démarches à effectuer.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge ou rembourse dans les limites décrites ci-dessus :

- la recherche d'une place dans l'établissement le plus approprié.

Une auxiliaire de vie à domicile

auprès du bénéficiaire, dans la limite des disponibilités locales.

Une aide ménagère au domicile du bénéficiaire ou de l'aidant du bénéficiaire

dans la limite des disponibilités locales. Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures, incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h00 et 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés.

La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire ou de son aidant.

ARTICLE 14 – SI LE BÉNÉFICIAIRE NE PEUT ÊTRE MAINTENU À SON DOMICILE

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE l'aide à organiser son hébergement en maison d'accueil :

14.1 • Information

- Les différentes solutions possibles : les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), les EHPAA (Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Autonomes), les résidences pour personnes âgées,
- les adresses des différents établissements dans la région que le bénéficiaire a choisie,
- les caractéristiques de ces établissements, en fonction de l'état de perte d'autonomie du bénéficiaire,
- les tarifs pratiqués,
- les démarches à effectuer.

14.2 • Visite de maisons d'accueil

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise la visite de trois établissements au maximum choisis par le bénéficiaire ou son entourage et prend en charge les frais de transport à raison de 100 € TTC maximum par visite.

Toutefois, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut garantir la disponibilité d'accueil ou l'acceptation du dossier du bénéficiaire par un établissement.

14.3 • Assistance au déménagement

Pour faciliter son entrée en maison d'accueil (ou dans un nouveau domicile plus adapté à sa situation), sur simple appel téléphonique, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE assiste le bénéficiaire et ses proches aidants pour :

■ Les démarches administratives

toutes les informations utiles sur les démarches à effectuer en cas de déménagement ainsi que, si besoin, des lettres types pour informer les services et organismes tels que Centre des Eaux, Centre des impôts, Poste, EDF / GDF, opérateurs téléphoniques, Banque, Sécurité Sociale...

■ Le déménagement

les coordonnées d'une entreprise de déménagement du réseau spécialisé de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ou d'une agence de location de véhicules utilitaires.

Les frais de déménagement ou de location de véhicules restent à la charge du bénéficiaire.

■ Le nettoyage de l'ancien logement

les coordonnées d'une entreprise de nettoyage, pour remettre en état l'ancien logement du bénéficiaire avant l'établissement de l'état des lieux. Les frais de déplacement et d'intervention de la société de nettoyage restent à la charge du bénéficiaire.

14.4 • Assistance à l'entrée en maison d'accueil

Si le bénéficiaire ou sa famille le souhaite, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge, au plus une fois par an et par bénéficiaire :

■ Le transfert du bénéficiaire

en ambulance ou en taxi selon son état et éventuellement la prescription de son médecin traitant, de son domicile vers l'établissement spécialisé qui l'accueille dans un rayon de 100 km autour de son domicile.

■ La présence d'un proche pour l'installation :

un voyage aller et retour, en train 2^{ème} classe ou avion en classe touriste, d'une personne désignée par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine, ou dans la Principauté de Monaco, afin qu'elle se rende sur le nouveau lieu de résidence du bénéficiaire pour l'y installer.

■ Séjour à l'hôtel de la personne désignée

au paragraphe « Présence d'un proche pour l'installation », dans la limite de 45 € TTC par nuit, pendant 2 (deux) nuits au plus.

Exclusions générales

Sont exclus :

- les demandes non justifiées,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool,
- les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf le cas de légitime défense,
- les conséquences de tentative de suicide,
- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales,
- les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires sont exclus,
- toutes les hospitalisations planifiées, à l'exclusion des hospitalisations programmées dans un délai de 48 heures après la découverte de la maladie ou l'accident.
- les hospitalisations pour accouchement,
- les frais de cure thermale, les interventions à caractère esthétique, les frais de séjour dans une maison d'accueil, les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant.

Mise en œuvre des garanties d'assistance

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire ou ses proches auprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE par l'un des moyens ci-après :

- Téléphone : **0 810 008 194**
- Télécopie : **01 40 25 52 62**

La ligne téléphonique est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et les prestations sont disponibles et mises en place du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00.

en indiquant :

- le nom du contrat d'assurance **AFER Dépendance** et le n° **920 990** de la convention d'assistance
- le nom, le prénom, l'adresse exacte du bénéficiaire, son numéro de contrat d'assurance AFER Dépendance
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.



AFER Dépendance

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE
À ADHÉSION FACULTATIVE
souscrit par l'AFER auprès d'AVIVA VIE

Souscrit par l'ASSOCIATION FRANÇAISE D'ÉPARGNE ET DE RETRAITE AFER auprès d'AVIVA VIE.

Modifié suite à la décision du Conseil d'Administration de l'AFER du 28 novembre 2013 en vue de la mise en conformité du contrat au label « GAD Dépendance ».

Contrat de droit français, évolutif, dont les modifications feront l'objet d'une information (Conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances).

Ce contrat a pour objet :

de permettre aux membres de l'Association **d'adhérer au contrat et de pouvoir bénéficier :**

■ **d'une garantie d'assurance** en cas de survenance d'un état de dépendance contractuellement défini, sous la forme du versement d'une rente aussi longtemps que cet état perdure ;

■ de garanties d'assistance souscrites par l'Assureur.

ARTICLE 1 – CONDITIONS D'ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhésion au contrat AFER Dépendance est réservée aux membres de l'association AFER (déjà membres ou qui le deviennent moyennant l'acquiescement du droit d'adhésion à l'association) qui peuvent satisfaire aux conditions d'adhésion prévues dans la notice d'information remise à l'adhésion.

ARTICLE 2 – DURÉE DU CONTRAT ET FACULTÉ DE RÉSILIATION

Le contrat prend effet le 3 janvier 2011 pour une période expirant le 31 décembre 2011.

A compter du 1^{er} janvier 2012, il se renouvelle annuellement par tacite reconduction sauf résiliation par l'une ou l'autre partie par envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception au moins trois mois avant la date de renouvellement. La date d'envoi de la lettre recommandée marque le départ du délai de préavis.

ARTICLE 3 – RÉSILIATION DU CONTRAT

En cas de résiliation du contrat collectif, l'Assureur s'engage à maintenir les adhésions en vigueur dans les conditions prévues au contrat AFER Dépendance et à maintenir, le paiement des prestations en cours de service à leurs montants atteints (y compris les revalorisations acquises). La revalorisation de ces prestations est maintenue dans la limite du Fonds de revalorisation.

ARTICLE 4 – FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

Les relations avec les membres de l'Association, dans le présent contrat, sont régies par le document intitulé « Notice d'information » joint en annexe et remis à l'adhésion.

ARTICLE 5 – COMPTES DE RÉSULTATS ET FONDS

Annuellement, l'Assureur constituera différents comptes et fonds, dont le fonctionnement et l'enchaînement sont décrits ci-après :

5.1 • Compte Financier Annuel :

Au crédit :

1. Les cotisations nettes d'annulation
2. Les provisions techniques à l'ouverture de l'exercice
3. Les intérêts techniques sur les provisions techniques d'ouverture
4. Le prélèvement sur le Fonds de Revalorisation pour la revalorisation accordée au 1er juillet de l'exercice

Au débit :

5. Les prestations réglées sur l'exercice
6. Les provisions techniques à la clôture de l'exercice
7. Les frais généraux
8. Le report de pertes existantes du Compte de Résultats Techniques et Financiers à l'ouverture de l'exercice

* Si le solde de ce compte est créditeur, 25% du solde sont affectés au Fonds de Stabilité.

* Si le solde de ce compte est débiteur, il est reporté en priorité au débit du Fonds de Stabilité dans sa limite. S'il y a lieu, la part non affectée au Fonds de Stabilité est reportée au débit du Compte de Résultats Techniques et Financiers de l'exercice.

5.2 • Fonds de Stabilité :

Le Fonds de Stabilité ne pourra excéder 15% des provisions techniques de l'exercice.

Au crédit :

1. Le report du solde créditeur du Fonds de Stabilité de l'exercice précédent
2. Les produits financiers sur le solde créditeur du Fonds de Stabilité de l'exercice précédent
3. S'il y a lieu, 25% du solde créditeur du Compte Technique Annuel de l'exercice

Au débit :

4. S'il y a lieu, la part du solde débiteur du Compte Technique Annuel de l'exercice affectée au Fonds de Stabilité

5.3 • Compte de Résultats techniques et Financiers :

Au crédit :

1. S'il y a lieu, le solde créditeur du Compte Technique Annuel après alimentation du fonds de stabilité

2. Les intérêts financiers sur les provisions techniques à l'ouverture de l'exercice

Au débit :

3. S'il y a lieu, le solde débiteur du Compte Technique Annuel après prélèvement sur le fonds de stabilité

4. Les intérêts techniques sur les provisions techniques à l'ouverture de l'exercice

* Si le solde de ce compte est créditeur, 25% du solde sont affectés au Fonds de Revalorisation.

* Si le solde de ce compte est débiteur, il fait l'objet d'un report de pertes dans le Compte Technique Annuel de l'exercice suivant.

5.4 • Fonds de Revalorisation :

Le Fonds de Revalorisation ne pourra excéder 10% des provisions pour rentes de l'exercice et 20% des provisions pour risques croissants de l'exercice.

Au crédit :

1. Le report du solde créditeur du Fonds de Revalorisation de l'exercice précédent

2. Les produits financiers sur le solde créditeur du Fonds de Revalorisation de l'exercice précédent

3. S'il y a lieu, 25% du solde créditeur du Compte de Résultats Techniques et Financiers de l'exercice

Au débit :

4. Le montant des provisions à constituer pour la revalorisation qui sera accordée au 1^{er} juillet de l'exercice suivant.

La revalorisation des cotisations, garanties et rentes en service est fonction de l'augmentation de la valeur du point AGIRC entre deux exercices.

Si le solde du Fonds de Revalorisation ne permet pas de financer la revalorisation selon la valeur du point AGIRC, le taux de revalorisation utilisé sera alors celui permettant d'obtenir un solde du Fonds de Revalorisation nul, après prise en compte de la revalorisation.

ARTICLE 6 – COMITÉ DE SURVEILLANCE

Le Comité de Surveillance est un comité paritaire AVIVA VIE / AFER qui se réunit au moins une fois par an et qui a pour mission de suivre l'évolution des résultats techniques et financiers du produit ainsi que de suivre l'activité et la gestion du contrat AFER Dépendance. Son rôle a également pour but de vérifier la qualité de service aux adhérents sur l'ensemble des prestations offertes par le contrat.

Les modalités d'application de la revalorisation des cotisations / garanties / rentes en service seront présentées lors de ce comité, conformément au fonds de revalorisation du produit.

ARTICLE 7 – RÉVISION TARIFAIRE

Si une décision législative ou réglementaire vient à modifier ses engagements ou si les résultats techniques et financiers du présent contrat le nécessitent ou si le coût de la garantie d'assistance vient à changer, l'Assureur se réserve la possibilité d'augmenter son tarif de base.

Dans ce cas, l'Assureur peut être aussi amené à réviser la cotisation des adhésions en cours ou à proposer aux adhérents un aménagement de leurs garanties. Ces nouvelles dispositions doivent être portées à la connaissance de l'AFER lors d'une réunion du Comité de Surveillance 6 mois au moins avant leur entrée en vigueur. L'AFER en informera les assurés 3 mois au moins avant l'échéance principale de leur adhésion.

Tout assuré qui refuserait la révision de ses cotisations et/ou les aménagements proposés peut résilier son adhésion dans les 30 jours qui suivent la notification de cette modification.

A la fin de cette période, l'adhésion sera :

■ soit résiliée, les cotisations payées n'étant pas remboursées,

■ soit, si au moins 8 cotisations annuelles consécutives ont été payées, maintenue dans les conditions de l'article 6.3 de la Notice d'information jointe en annexe.

Sauf approbation expresse de l'AFER ou décision législative ou réglementaire venant modifier ses engagements, l'Assureur s'engage à ne pas aménager les garanties ni réviser la tarification fixées à la souscription avant le terme de la 2^{ème} période de reconduction du présent contrat, soit au plus tôt le 1^{er} janvier 2014.



AVIVA VIE

SA d'assurance vie et de capitalisation
Entreprise régie par le Code des assurances
Capital social : 1 205 528 532,67 €
Siège social : 70, avenue de l'Europe
92270 Bois-Colombes - 732 020 805 RCS
Nanterre



AFER

Association Française d'Épargne et
de Retraite Association régie par la
loi du 1^{er} juillet 1901
36, rue de Châteaudun - 75009 Paris



MONDIAL ASSISTANCE FRANCE

Société par Actions Simplifiée
au capital de 7 584 076,86 €
490 381 753 RCS Paris
Société de courtage d'assurances
Inscription ORIAS 07 026 669
Siège social : 54, rue de Londres
75008 Paris