

NOV SAN CGE 01 0909 (09.09)

Pour trouver une réponse à toutes vos questions :

- Contactez votre assureur conseil dont les coordonnées figurent sur votre bulletin d'adhésion
- Pour vos remboursements, demandes de prises en charges, analyses de devis, contactez votre centre de gestion :
Suravenir Assurances
2 rue Vasco De Gama – Saint Herblain – 44931 NANTES Cedex 9
Tél. : 0825 31 91 38 (N° Indigo)
- Pour l'assistance, contactez :
Novélia Assistance au 01 41 85 94 07



e.NOV SANTÉ®

DES NIVEAUX DE GARANTIES SUR MESURE POUR UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ QUI VOUS RESSEMBLE



1 rue Geneviève de Gaulle-Anthonioz – CS 70826 – 35208 RENNES CEDEX 2

MARC



e.NOV SANTÉ®

DES NIVEAUX DE GARANTIES SUR MESURE POUR UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ QUI VOUS RESSEMBLE

• Votre contrat d'assurance complémentaire santé se compose de documents que vous devez conserver :

Le bulletin d'adhésion

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

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

Les présentes Conditions Générales

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

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

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

N'oubliez pas que votre contrat a été établi sur vos déclarations en fonction de votre situation actuelle. Vous devez nous informer de tout ce qui pourrait le modifier pour qu'il soit toujours adapté à votre situation.

• Votre contrat d'assurance complémentaire santé est souscrit dans le cadre d'un contrat collectif N°1005 conclu entre :

Suravenir Assurances, entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital entièrement libéré, dont le siège est situé : 2 rue Vasco de Gama - Saint Herblain - 44931 Nantes Cedex 9.

Et

L'Association de Prévoyance Collective et d'Assurance Santé - « APCAS » - agissant pour le compte de ses adhérents*.

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

La dénonciation du contrat collectif par Suravenir Assurances ou le souscripteur entraîne sa

transformation en un nouveau contrat collectif garantissant les seuls adhérents* liés au souscripteur du contrat dénoncé et couvrant ces derniers aux conditions de l'ancien contrat.

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

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

Sommaire

QUELQUES DEFINITIONS	5
1 VOTRE CONTRAT	
1.1 L'OBJET DU CONTRAT	7
1.2 LES ASSURÉS*	7
1.3 VOS GARANTIES	8
1.4 LES REMBOURSEMENTS	11
1.5 LES EXCLUSIONS	12
1.6 LA TERRITORIALITÉ	12
2 LA VIE DE VOTRE CONTRAT	
2.1 LA PRISE D'EFFET ET LA DURÉE DE VOS GARANTIES	13
2.2 VOS DÉCLARATIONS	13
2.3 VOS COTISATIONS	13
2.4 LA MODIFICATION DE VOTRE CONTRAT	14
2.5 LA RÉSILIATION	14
2.6 LES DISPOSITIONS DIVERSES	14
3 L'ASSISTANCE	
3.1 LEXIQUE	16
3.2 MODALITÉS D'INTERVENTION	17
3.3 CONDITIONS ET MODALITÉS D'APPLICATION	17
3.4 PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX PERSONNES	17
3.5 DISPOSITIONS GÉNÉRALES	21

QUELQUES DEFINITIONS

ADHERENT :

La personne qui signe le bulletin d'adhésion.

ASSURE :

Toute personne couverte par le contrat et désignée sur le bulletin d'adhésion.

ASSUREUR :

Se reporter à la définition « Nous ».

AUXILIAIRE MEDICAL :

Toutes les professions définies dans le Code de la Santé Publique comme auxiliaire médical, et notamment les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes.

AUTOMEDICATION :

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

AYANT DROIT :

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

CODE :

Codes des Assurances ou de la Sécurité Sociale.

ETABLISSEMENTS SPECIALISES :

Tout établissement considéré « établissement spécialisé et ou de moyen séjour » tel que défini par votre Régime Obligatoire de Sécurité Sociale par la loi du 31 décembre 1970.

FORFAIT HOSPITALIER :

Il représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation*. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie. Ce forfait n'est pas pris en charge par les organismes d'assurance maladie.

FORMULE :

À l'adhésion, vous avez le choix entre plusieurs garanties et niveaux de remboursements. La formule désigne l'ensemble des garanties et niveaux de remboursement que vous avez choisi et qui figure sur le bulletin d'adhésion.

FRAIS AMBULATOIRES :

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

HOSPITALISATION :

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

NOUS :

Nom et adresse de l'intermédiaire :
Novélia

1 rue Geneviève de Gaulle Anthoiz - CS 70826 - 35208 Rennes Cedex 2.
SA au capital de 1 000 000 € - Société de courtage en assurances - n° ORIAS 07 001 889, vérifiable sur www.orias.fr - SIREN B 383286473 RCS Rennes - NAF 672 Z. Soumise au contrôle de l'ACAM - 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09. Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L512.6 et L512.7 du Code des Assurances. Novélia commercialise ce contrat dans le cadre d'un partenariat de distribution avec Suravenir Assurances.

Nom et adresse de la société d'assurance :

Suravenir Assurances

SA au capital entièrement libéré de 38 265 920 € -
Entreprise régie par le Code des Assurances.
Siège Social : 2 rue Vasco de Gama - Saint
Herblain - 44931 Nantes Cedex 9.

RCS Nantes 343 142 659 - Code NAF 660 E.

Nom et adresse de la société d'assistance :

Les garanties Assistance sont fournies par **Europ Assistance France**

SA au capital de 14 760 000 € - Entreprise régie
par le Code des Assurances : 1, promenade de la
Bonnette - 92230 Gennevilliers.

RCS Nanterre 403 147 903 - Code APE 6512 Z -
TVA (CEE) FR8245136405.

OUVRANT DROIT :

L'ouvrant droit est la personne assujettie à titre
personnel ou obligatoire à un régime
d'assurance maladie.

PARAPHARMACIE :

Ensemble des produits vendus en pharmacie ou
non, et qui ne sont pas des médicaments tels que
définis par l'agence française sanitaire des
produits de santé.

PARCOURS DE SOINS COORDONNES :

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

PETITS APPAREILLAGES :

Tous petits appareillages définis comme tels
dans le Code de la Sécurité Sociale*. On y trouve
notamment les béquilles et minerves.

REGIME OBLIGATOIRE OU PERSONNEL :

Le Régime légal d'Assurance Maladie auprès
duquel vous êtes affilié.

SOINS COURANTS :

Frais donnant lieu à un remboursement de la
Sécurité Sociale et qui n'entrent pas dans le
cadre de l'hospitalisation*.

TARIF D'AUTORITE :

Tarif fixé par arrêté ministériel s'appliquant aux
professionnels de santé non conventionnés.

TARIF DE CONVENTION :

Tarif établi par convention entre les
professionnels de santé conventionnés et la
Sécurité Sociale.

TARIF DE RESPONSABILITE OU BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE :

Tarif servant de base à la Sécurité Sociale pour
effectuer ses remboursements. Il désigne le tarif
de convention*, et le tarif d'autorité*.

TICKET MODERATEUR :

Partie du tarif de convention* (dit aussi tarif de
responsabilité*) de la Sécurité Sociale, laissée à
la charge de l'assuré social et pouvant être pris
en charge par les mutuelles santé ou assurances
santé.

TIERS PAYANT :

Convention permettant à l'assuré social de ne
pas avancer ses frais de santé. La Sécurité
Sociale et/ou la mutuelle paie directement le
pharmacien, le praticien ou l'établissement de
soins.

VOUS :

Se reporter à la définition « Assuré* ».

1 VOTRE CONTRAT

1.1 L'OBJET DU CONTRAT

■ Votre contrat e.NOV SANTE® vous garantit,
pendant la période de validité de votre adhésion,
dans la limite des niveaux de garanties souscrits et
mentionnés au bulletin d'adhésion, le
remboursement de tout ou partie :

- Des frais médicaux, chirurgicaux et/ou
d'hospitalisation* occasionnés par une maladie, un
accident ou une maternité survenus au cours de
cette même période.

Ces remboursements viennent en complément des
prestations en nature versées par votre Régime
Obligatoire ou personnel* de Sécurité Sociale.

- Des dépenses de soins non prises en charge par
votre Régime Obligatoire* de Sécurité Sociale et
prévues au titre des garanties souscrites.

- Des frais médicaux, chirurgicaux et/ou
d'hospitalisation* occasionnés lors d'un
déplacement à l'étranger, dès lors que le Régime
Obligatoire* de la Sécurité Sociale en vigueur en
France métropolitaine prend en charge les frais
concernés. Le règlement des prestations est
effectué en France et en euros.

■ Votre contrat e.NOV SANTE® s'inscrit dans le
cadre législatif et réglementaire des contrats dits
« Responsables » conformément à l'Article 57 de
la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 prévoyant
notamment :

- la prise en charge d'actes de prévention
- le respect de minima de remboursements
- la non prise en charge de la majoration du
ticket modérateur* et des dépassements
d'honoraires en cas de consultations hors
parcours de soins* (en dehors des cas d'urgence,
d'éloignement de la résidence habituelle et
d'accès direct prévu pour certaines spécialités
(gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie et
neuro-psychiatrie))
- la possibilité pour l'assuré* de bénéficier du
dispositif d'aide à l'acquisition d'une
complémentaire santé (chèque santé)
- la possibilité de bénéficier du dispositif fiscal
Madelin pour les assurés* TNS (Travailleurs Non
Salariés).

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

1.2 LES ASSURES*

■ Votre contrat e.NOV SANTE® permet d'assurer les
personnes physiques, bénéficiant d'un Régime
Obligatoire* ou personnel de Sécurité Sociale,
acceptées par Suravenir Assurances et désignées
sur votre bulletin d'adhésion.

Ces personnes désignées peuvent être :

- l'adhérent*, assujetti à un Régime Obligatoire* ou
personnel d'assurance maladie, et âgé de 18 ans à
70 ans révolus.
- son conjoint ou concubin, assujetti à titre
personnel ou d'ayant droit*,
- les enfants et les autres ayants droit (adultes à
charge) de l'adhérent* ou de son conjoint ou
concubin.

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

Un ayant droit* est rattaché à un ouvrant droit* et
un seul, en fonction des indications portées sur la
carte d'assuré social. Les assurés* ayants droit
d'un assuré* ouvrant droit*, doivent adhérer au
même contrat.

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

Une même personne ne peut être assurée que par
un seul contrat e.NOV SANTE®.

1.3 VOS GARANTIES

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

Le tableau de garanties

PRESTATIONS HOSPITALISATION *			
	Essentiel	Medium	Confort
Hospitalisation* médicale, chirurgicale et maternité ¹			
Séjour hospitalier :			
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %
Soins et honoraires	100 %	150 %	300 %
Chambre particulière	-	50 €/ jour	70 €/ jour
Forfait hospitalier* engagé ²	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport remboursé par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	100 %
Confort Hospi :			
Lit d'accompagnant d'un enfant à charge de moins de 16 ans	-	15 €/ jour	30 €/ jour
Frais annexes (TV, tél., Wifi, journaux)	-	-	-
Frais ambulatoire*	-	-	-
Assistance	-	oui	oui
PRESTATIONS SOINS COURANTS*			
	Essentiel	Medium	Confort
Actes médicaux			
Consultations de généralistes & spécialistes	100 %	150 %	200 %
Radiologies / Echographies / Analyses / Auxiliaires Médicaux*	100 %	150 %	200 %
Pharmacie	100 %	100 %	100 %
Automédication*	-	15 €/ an	30 €/ an
Petits appareils* / Prothèses auditives	100 %	100 %	100 %
Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale	-	100 %	100 % + 200 €/ an
Prévention			
Patch anti-tabac / Vaccin anti-grippe / Contraception	20 €/ an	50 €/ an	80 €/ an
Les garanties BIEN-ETRE			
Ostéopathie / Chiropractie / Etiopathie / Diététicien non remboursés par la Sécurité Sociale	-	20 €/ acte max 3 / an	30 €/ acte max 5 / an
Forfait maternité	-	-	100 €
PRESTATIONS DENTAIRE / OPTIQUE			
	Essentiel	Medium	Confort
Dentaire			
Soins dentaires	100 %	150 %	200 %
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale	100 %	200 % plafond annuel 1000 €	350 % plafond annuel 1500 €
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	-	-	-
Implants dentaires	-	200 €/ an	500 €/ an
Optique			
Monture / Verres / Lentilles (y compris lentilles jetables)	100 % + 50 €/ an	100 % + 150 €/ an	100 % + 300 €/ an
Opération de la myopie	-	-	-
OPTION BUDGET			
une réduction sur votre cotisation moyennant des frais de gestion restant à votre charge			

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

1 - En cas d'hospitalisation* dans des centres ou unités spécialisés, seul le ticket modérateur* est couvert. Le forfait journalier et le confort hospi sont pris en charge pour une durée de 30 jours. La chambre particulière est exclue.
2 - Dans la limite des frais réels actuels au 01/01/2009 de 16 € par jour.

- Les remboursements sont exprimés en pourcentage du tarif de responsabilité* de la Sécurité Sociale et sont effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme d'assurance maladie. Ils ne peuvent en aucun cas excéder le montant des dépenses engagées.
- Les forfaits et plafonds sont exprimés par année d'adhésion et par assuré* et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre
- Conformément au dispositif du « contrat

responsable », la prise en charge des remboursements s'effectue à l'exclusion de la participation forfaitaire prévue dans les différents codes actes et majorations et participations laissées à la charge des assurés sociaux relative à la réforme de l'assurance maladie.
- Certains remboursements sont effectués sous déduction de frais de gestion si vous avez sélectionné l'option budget (se reporter au paragraphe « option budget » page 11).

L'hospitalisation*

Votre contrat e.NOV SANTE® vous garantit dans les conditions et limites du niveau de garanties HOSPITALISATION choisi :

- Le forfait hospitalier*
- Les frais de soins et de salle d'opération
- Les honoraires médicaux ou chirurgicaux
- Les frais de transport
- Les frais de séjour

Dans les cas de séjour en établissement, centre, ou unité spécialisé :

- Nous ne prenons pas en charge la chambre particulière
- Le forfait « confort hospi », ainsi que la prise en charge du forfait hospitalier*, sont limités à 30 jours / an consécutifs ou non.
- Seul le ticket modérateur* est couvert

Les plus des niveaux Medium & Confort

- Le forfait « chambre particulière » vous permet de couvrir le supplément pour chambre particulière non pris en charge par les organismes d'assurance maladie.
- Le forfait « Confort hospi » vous permet de couvrir les autres frais non pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sur présentation des justificatifs de paiement :
 - Les frais pour le lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation* d'enfants à charge de moins de 16 ans,
 - Les frais annexes : télévision, téléphone fixe et Wifi de l'hôpital, et les journaux / magazines,
 - Les frais ambulatoires*.
- L'assistance.
Les montants des forfaits sont exprimés par jour et par assuré*

Les actes médicaux

Votre contrat e.NOV SANTE® vous garantit dans les conditions et limites du niveau de garanties SOINS COURANTS* choisi :

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

Dans le cas de consultations, visites ou actes médicaux effectués en dehors du parcours de soins* et conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables :

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

La pharmacie

Votre contrat e.NOV SANTE® vous garantit dans les conditions et limites du niveau de garanties **SOINS COURANTS*** choisi :

- Les médicaments prescrits et pris en charge par votre Régime Obligatoire* de Sécurité Sociale, inscrits sur la liste des médicaments ayant reçu l'autorisation de commercialisation par l'Agence française sanitaire des produits de santé, et achetés en pharmacie.

- Les petits appareils* prescrits et pris en charge par votre Régime Obligatoire* de Sécurité Sociale et prothèses auditives.

Les plus des niveaux Medium & Confort

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

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

Les cures thermales

Votre contrat e.NOV SANTE® vous garantit, dans les conditions et limites du niveau de garanties **SOINS COURANTS*** choisi, la prise en charge du ticket modérateur* lié aux traitements et honoraires de cure thermale acceptée par votre Régime Obligatoire* de Sécurité Sociale.

Les plus du niveau Confort

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

La prévention

En application de la loi du 13 août 2004 et conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale, votre contrat e.NOV SANTE® vous garantit, dans les conditions et limites du niveau de garanties **SOINS COURANTS*** choisi, un forfait annuel permettant de faire face aux actes de prévention tels que définis par l'arrêté du 8 juin 2006 :

- Le patch anti-tabac
- Le vaccin anti-grippe
- La contraception

Sur présentation d'un justificatif de paiement.

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

Les garanties bien-être

Votre contrat e.NOV SANTE® vous garantit, dans les conditions et limites du niveau de garanties **SOINS COURANTS*** choisi, un forfait annuel permettant de faire face aux actes non remboursés par votre Régime Obligatoire* d'Assurance Maladie :

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

Sur présentation d'un justificatif de paiement.

Le montant du forfait est versé dans la limite du montant indiqué sur votre bulletin d'adhésion.

Les plus du niveau Confort

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

Le dentaire

Votre contrat e.NOV SANTE® vous garantit, dans les conditions et limites du niveau de garanties **DENTAIRE / OPTIQUE** choisi :

- Les soins dentaires qui incluent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux
- Les prothèses dentaires remboursées par votre Régime Obligatoire* d'Assurance Maladie
- L'orthodontie acceptée par votre Régime Obligatoire* d'Assurance Maladie
- Les implants dentaires pris en charge ou non par votre Régime Obligatoire* d'Assurance Maladie

Le remboursement des prothèses dentaires s'effectue dans la limite des plafonds prévus par votre niveau de garanties.

L'optique

Votre contrat e.NOV SANTE® vous garantit, dans les conditions et limites du niveau de garanties **DENTAIRE / OPTIQUE** choisi :

- Les verres et montures médicalement prescrits et acceptés par votre Régime Obligatoire* d'Assurance Maladie,
- Les lentilles (y compris les lentilles jetables) acceptées ou non par votre Régime Obligatoire* d'assurance maladie,
- La chirurgie liée au traitement de la myopie.
- Un forfait supplémentaire pour compléter le remboursement de la Sécurité Sociale, versé en une ou plusieurs fois, dans la limite du montant indiqué sur votre bulletin d'adhésion.

Option budget

Votre contrat e.NOV SANTE® vous permet de maîtriser votre budget en réalisant des économies sur le montant de vos cotisations, moyennant l'application de frais de gestion sur certaines prestations.

Application des frais de gestion

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

Ils s'appliquent pour les dépenses liées aux actes et prescriptions suivants :

- Consultations et visites
- Pharmacie (par ordonnance y compris renouvellement d'ordonnance)
- Actes de radiologies
- Actes de biologies
- Actes d'auxiliaires médicaux*
- Soins dentaires
- Prothèses autres que dentaires
- Frais de transport
- Forfait journalier hospitalier

Les frais de gestion s'appliquent :

- Sur les 10 premiers jours d'hospitalisation* par an, consécutifs ou non, pour le forfait journalier hospitalier,
- Sur les 10 premiers actes et prescriptions par an pour les actes ou prescriptions en radiologie, biologie, auxiliaire médical*, soins dentaires et transport,

- Sur chaque acte ou prescription pour tous les autres.

Modalités d'application des frais de gestion

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

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

L'évolution des frais de gestion

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

La renonciation à l'option

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

En contrepartie, la réduction de votre cotisation est supprimée.

1.4 LES REMBOURSEMENTS

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

Les forfaits et plafonds sont exprimés par année d'adhésion et par assuré* et ne sont pas

cumulables d'une année sur l'autre.

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

Les documents à nous transmettre

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

- Les originaux des décomptes de remboursement de la Sécurité Sociale, sauf pour les assurés* qui relèvent de Caisses d'Assurance Maladie transmettant la copie informatique des décomptes à Suravenir Assurances.
- Les factures acquittées attestant du montant des débours réels en cas de dépassement de tarif, si les frais réels ne figurent pas sur les décomptes de remboursement de la Sécurité Sociale.
- Une attestation du montant des prestations éventuellement versées par d'autres organismes.
- Sur demande de Suravenir Assurances, toute

pièce justificative de l'origine et de la nature de l'affection.

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

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

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

1.5 LES EXCLUSIONS

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

- les frais consécutifs aux soins ou hospitalisations* effectués ou ayant débutés avant la date d'effet du présent contrat
- les actes ou prescriptions ne donnant pas lieu à une prise en charge par votre Régime Obligatoire* d'Assurance Maladie sauf indications sur votre bulletin d'adhésion
- les séjours effectués dans des établissements ou services de gériatrie ou de long séjour, dans les maisons d'accueil spécialisées, d'institutions médicales professionnelles, éducatives ou psychopédagogiques

Autres exclusions :

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

1.6 LA TERRITORIALITE

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

2 LA VIE DE VOTRE CONTRAT

2.1 LA PRISE D'EFFET ET LA DUREE DE VOS GARANTIES

Sous réserve du paiement de la première cotisation, vos garanties prennent effet sans délai d'attente, à la date figurant sur votre bulletin d'adhésion.

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

2.2 VOS DÉCLARATIONS

A la souscription

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

Conformément à l'article L113.8 du Code des Assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité du contrat. Les omissions ou inexactitudes non intentionnelles peuvent entraîner la résiliation du contrat dans un délai de 10 jours (article L113.9 du Code des Assurances).

En cours du contrat

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

- le changement de domicile,
- la modification de la composition de votre famille, notamment mariage, naissance, décès,
- le changement de situation au regard du Régime Obligatoire* d'Assurance Maladie,
- le changement d'activité professionnelle,
- le départ à l'étranger,

- la souscription d'autres contrats personnels ou collectifs couvrant tout ou partie des mêmes risques.

En cas d'aggravation de risque liée à l'un de ces événements, nous vous proposons soit une augmentation de cotisation, soit la résiliation de votre contrat. En cas de diminution de risque, nous vous proposons une diminution de votre cotisation.

2.3 VOS COTISATIONS

Périodicité de votre cotisation

Votre cotisation est payable d'avance et annuellement à l'échéance mentionnée sur votre bulletin d'adhésion.

La cotisation annuelle peut toutefois faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

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

- les fractions de cotisations non encore réglées seront exigées pour toute l'année d'assurance en

cours et augmentées des frais de non paiement,

- dans le cas d'une cotisation fractionnée, la périodicité devient automatiquement annuelle.

En cas de non paiement de vos cotisations dans les délais impartis, nous vous adressons une lettre recommandée valant mise en demeure en application de l'article L113-3 du Code des Assurances. Vos différents soins ne seront donc plus pris en charge à compter de la date de suspension des garanties précisée dans la lettre de mise en demeure.

Evolution de vos cotisations

Vos cotisations évoluent chaque année à l'échéance principale de votre contrat, en fonction de :

- l'évolution des dépenses de santé de l'année en cours fournie par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie.

- Et notamment de la formule* choisie, votre âge, les résultats techniques, mais aussi des évolutions réglementaires.

2.4 LA MODIFICATION DE VOTRE CONTRAT

Vous avez la possibilité de modifier les niveaux de vos garanties en cours de contrat. Dans ce cas, vos nouvelles garanties prendront effet à l'échéance principale qui suit la modification. Dans le cas d'un ajout ou retrait d'un assuré*, les modifications de contrat prennent effet le jour suivant la modification.

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

2.5 LA RESILIATION

Outre les cas de résiliations réciproques prévues par le Code des Assurances, le contrat peut être résilié à l'échéance annuelle :

Par vous : Vous pouvez résilier votre contrat, par lettre recommandée, à l'échéance annuelle, avec un préavis de 1 mois.

Par nous : Nous avons cette même faculté, mais avec un préavis de 2 mois.

Cas particuliers :

- Dans le cas d'une évolution tarifaire, vous bénéficiez d'un délai d'un mois pour résilier votre contrat, à compter de la date de réception de votre avis d'échéance. La résiliation de votre contrat prend effet à J + 30 de la date de réception de votre demande chez l'assureur*.

- Dans le cas d'une affiliation à un contrat groupe obligatoire, votre résiliation sera prise en compte

rétroactivement à la date d'effet de votre nouveau contrat :

- Sous réserve de nous en informer dans un délai de 3 mois, à compter de la date de prise d'effet du contrat groupe.

- Et à la condition de n'avoir eu aucun soin remboursé pendant cette même période.

Si non, la résiliation sera effective à la date de réception de votre demande.

- En cas de décès du souscripteur le contrat sera résilié au lendemain du décès. Si d'autres personnes sont couvertes par ce contrat, les droits et obligations du souscripteur décédé peuvent être transférés à un nouveau souscripteur.

Hors échéance annuelle, des frais de résiliations d'un montant forfaitaire de 7,17 € vous seront facturés.

2.6 LES DISPOSITIONS DIVERSES

La subrogation et recours après sinistre

Conformément à l'article L.121.12 du Code des Assurances, en cas d'accident avec un tiers

responsable, l'assureur* exercera son recours à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré*.

La prescription

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

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

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

Informatique et liberté

Dans le cadre de la gestion du fichier clients, des données à caractère personnel vous concernant sont collectées par l'assureur*, responsable du traitement. Ces informations destinées à l'assureur* sont nécessaires pour traiter votre demande. Elles pourront être utilisées par ses partenaires.

Un dispositif d'enregistrement et d'écoute éventuelle des conversations téléphoniques a été mis en place par l'assureur* pour des raisons de qualité de service et de sécurité. Ces

enregistrements sont exclusivement destinés à l'usage interne de l'assureur*.

Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motifs légitimes et de suppression des données ou enregistrements vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez vous adresser à Suravenir Assurances, 2 rue Vasco de Gama - Saint Herblain - 44931 Nantes Cedex 9.

Le cumul d'assurances

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

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

La faculté de renonciation

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

La lettre devra mentionner que conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances, l'assuré* entend par la présente renoncer au contrat N° ... qu'il a souscrit en date du .../.../... et qu'il souhaite que le

contrat précité soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'assuré* ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'assuré* n'est tenu qu'au paiement de la partie de prime correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'assureur* si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Expertise et litiges

Pour tout litige survenant dans le remboursement des prestations, une expertise est toujours obligatoire préalablement à tout recours judiciaire, sous réserve des droits respectifs des parties.

Le cas échéant, nous nommons un expert et vous transmettons ses résultats. Si vous n'êtes pas d'accord avec ceux-ci, vous pouvez faire exécuter une contre expertise. Si les deux experts désignés ne sont pas d'accord, ils désignent un tiers expert. En cas d'impossibilité de parvenir à un accord, la désignation est faite par le Président du Tribunal de

Grande Instance. Cette nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée ou mise en demeure avec accusé de réception.

Chacune des parties prend en charge les frais d'honoraires de son expert, mais aussi, en cas de nomination d'un tiers expert, la moitié de ses honoraires. En cas de litige de nature médicale, les experts devront obligatoirement être docteurs en médecine.

Médiation

En cas de difficultés dans l'application du présent contrat, nous vous rappelons que votre interlocuteur privilégié est votre assureur conseil. Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez demander l'avis d'un médiateur. Pour tout

renseignement sur les conditions d'accès à ce médiateur ainsi que sur la procédure à suivre, contactez par écrit :
Responsable des relations consommateurs
Suravenir Assurances - 44931 Nantes cedex 9

Autorité de contrôle

L'autorité en charge du contrôle est l'Autorité de contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

3 L'ASSISTANCE

PREAMBULE

La présente convention d'assistance constitue les conditions générales des garanties NOVELIA Assistance. Elle précise le contenu et les limites des prestations d'assistance accordées aux clients ayant souscrit un contrat d'assurance santé auprès

de NOVELIA. Elle détermine les prestations qui seront fournies par EUROP ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des Assurances, aux titulaires d'un contrat d'assurance santé.

3.1 LEXIQUE

Accident

Toute lésion corporelle médicalement constatée atteignant le Bénéficiaire*, provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Affection Longue Durée (ALD)

Une affection de longue durée exonérante est une maladie* qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de six mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à la prise en charge à 100 %. Il s'agit :

- des affections de longue durée inscrites sur une liste établie par le Ministre de la Santé (liste des A.L.D. 30)

- des affections non inscrites sur la liste et répondant aux critères suivants : forme évolutive ou invalidante d'une affection grave caractérisée pour des soins d'une durée prévisible de plus de six mois - et des polyopathologies invalidantes nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Une affection de longue durée non exonérante est une affection qui nécessite une interruption de travail ou des soins d'une durée supérieure à six mois, mais qui n'entre pas dans l'une ou l'autre des catégories ci-dessus et qui n'ouvre pas les droits à la prise en charge à 100 %.

Bénéficiaire

Sont considérées comme bénéficiaires des prestations assistance les personnes désignées sur le bulletin d'adhésion du contrat e.NOV SANTE®, à savoir - le souscripteur d'un contrat e.NOV SANTE® auprès de NOVELIA, dont les coordonnées figurent sur le Bulletin d'Adhésion. Il est précisé que dans le cas d'un souscripteur non bénéficiaire des garanties d'assurance complémentaire santé, les prestations d'assistance ne sont pas accordées.

- son conjoint ou concubin vivant sous le même toit, - leur(s) enfant(s) célibataire(s) de moins de 25 ans à charge au sens fiscal et vivant sous le même toit et, - le cas échéant, leur(s) enfant(s) qui viendrait (ent) à naître au cours de la validité du contrat, - les ascendants, à charge fiscalement, ou vivant sous le même toit auxquels sont versées des pensions alimentaires donnant droit à déduction sur le revenu global du souscripteur du contrat, - de façon générale, les personnes couvertes par le contrat d'assurance signé par le souscripteur. Dans la présente convention d'assistance les bénéficiaires* sont désignés par le terme « Vous ».

Domicile

Par Domicile, il faut entendre le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire* en France métropolitaine et Principauté de Monaco.

Hospitalisation

Tout séjour effectué sous surveillance médicale dans un hôpital, clinique ou centre agréé, ainsi que toute hospitalisation à domicile* ayant donné lieu à une facturation établie par l'établissement hospitalier public hors établissement spécialisé. Nous nous réservons le droit de demander tout justificatif au Bénéficiaire*.

Immobilisation au domicile

Toute immobilisation d'un Bénéficiaire* prescrite par un médecin, consécutive à un Accident ou à une Maladie*.

Maladie

Une altération de la santé dûment constatée par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

3.2 MODALITES D'INTERVENTION

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

Afin de nous permettre d'intervenir, nous vous recommandons de préparer votre appel.

Nous vous demanderons les informations suivantes :

- Vos nom(s) et prénom(s),
- L'endroit précis où vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
- Votre numéro de contrat e. NOV SANTE®.

Si vous avez besoin d'assistance, vous devez :

- Nous appeler sans attendre au n° de téléphone : **01 41 85 94 07**

- Obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,

- Vous conformer aux solutions que nous préconisons,

- Nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,

- Nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé. Nous nous réservons le droit de vous demander tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance.

Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

3.3 CONDITIONS ET MODALITÉS D'APPLICATION DE L'ASSISTANCE

VALIDITE ET DUREE DU CONTRAT

La validité des garanties d'assistance est liée à la validité du contrat d'assurance complémentaire santé. Elle cesse de ce fait si le contrat d'assurance est résilié du fait de l'adhérent ou de l'assureur.

CONDITIONS D'APPLICATION

NOVELIA ASSISTANCE intervient à la condition expresse que l'événement qui l'amène à fournir la prestation demeurerait incertain.

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale.

TITRES DE TRANSPORT

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le Bénéficiaire* s'engage soit à réserver à NOVELIA ASSISTANCE le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient soit à rembourser à NOVELIA ASSISTANCE les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

ETENDUE TERRITORIALE

Les prestations d'assistance de la présente convention s'appliquent en France métropolitaine et Principauté de Monaco.

3.4 PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX PERSONNES

En cas d'Hospitalisation* d'un Bénéficiaire* d'une durée supérieure à 2 jours à la suite d'une Maladie*, ou d'un Accident*

PRÉSENCE HOSPITALISATION*

Nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour en train 1^{ère} classe ou par avion en classe économique d'une personne désignée par vos soins depuis son Domicile* en France métropolitaine ou à Monaco, afin qu'elle se rende au chevet du Bénéficiaire* hospitalisé.

AIDE MÉNAGÈRE

Nous organisons la mise à disposition d'une aide ménagère pour vous venir en aide à votre Domicile*.

Nous prenons en charge le coût de l'aide ménagère jusqu'à **20 heures** de travail pendant votre Hospitalisation* ou durant votre convalescence au Domicile* (minimum de 2 heures à la fois et maximum de 10h par jour).

L'utilisation du service doit intervenir dans les 30 jours suivant le début de l'hospitalisation* et/ou le retour d'Hospitalisation*.

A défaut de la présentation des justificatifs nécessaires à la prise en charge de la prestation, nous nous réservons le droit de vous refacturer l'intégralité de la prestation.

En cas d'Affection Longue Durée

- Nous prenons en charge le coût de l'aide ménagère jusqu'à 40 heures de travail. **L'utilisation du service doit intervenir dans les 60 jours suivant le début de la première hospitalisation* et/ou le retour de celle-ci.**

- Au delà de cette prise en charge, nous vous proposerons de prolonger le service d'aide ménagère à domicile* : l'ensemble des coûts inhérents à cette prolongation reste à votre charge

■ ASSISTANCE AUX ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

En cas d'Hospitalisation* de plus de 2 jours ou de Décès d'un des parents Bénéficiaires* à la suite d'une Maladie* ou d'un Accident*, et si aucun autre Bénéficiaire* se trouve dans la possibilité de s'occuper des enfants de moins de 16 ans, il pourra prétendre à l'un des 3 services suivants :

- soit la recherche d'une personne pour garder ses enfants de moins de 16 ans dans la limite des disponibilités locales. Nous prenons alors en charge les frais de garde à concurrence de 10 heures consécutives par jour et pendant 3 jours de suite. Dans l'hypothèse où les déplacements de l'enfant durant le temps de garde nécessitent l'accompagnement d'un adulte, cette personne s'en chargera ; cependant, en aucun cas, elle n'utilisera son véhicule personnel.

- soit la mise à disposition d'une personne désignée par le Bénéficiaire*, résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, d'un billet de train aller/retour en 1^{ère} classe ou un billet d'avion de ligne en classe économique depuis son domicile* et jusqu'au Domicile* du Bénéficiaire* pour lui permettre d'effectuer la garde des enfants.

- soit l'organisation et la prise en charge du transfert aller/retour des enfants de moins de

16 ans par train en 1^{ère} classe ou par avion de ligne en classe économique depuis leur Domicile* et jusqu'au domicile* d'un parent résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco.

■ TRANSPORT ET GARDE D'ANIMAUX DE COMPAGNIE (CHIEN/CHAT)

Si vous n'êtes plus en mesure de vous occuper de vos animaux de compagnie, sur votre demande :

- Nous organisons et prenons en charge le transfert de vos animaux de compagnie (chien ou chat) jusqu'à la destination de votre choix située en France et dans un rayon de 50 km autour de votre Domicile*. Les frais de garde restent à la charge du Bénéficiaire*.

OU

- Nous organisons et prenons en charge le transport de vos animaux ainsi que leurs frais d'hébergement dans l'établissement de garde proche de votre Domicile* à concurrence de 229 euros TTC pendant la durée de votre séjour à l'hôpital.

Cette garantie est soumise au respect des conditions de transport, d'accueil et d'hébergement définies par les prestataires et établissements de garde sollicités (notamment vaccinations à jour, versement éventuel d'une caution...).

L'utilisation du service doit intervenir dans les 30 jours suivant le début de l'hospitalisation et/ou le retour d'hospitalisation.

A défaut de la présentation des justificatifs nécessaires à la prise en charge de la prestation, nous nous réservons le droit de vous refacturer l'intégralité de la prestation.

médicaments sont immédiatement nécessaires, nous allons les chercher en urgence dans une officine de pharmacie proche de votre Domicile* (ou pharmacie de garde) et nous vous les apportons.

Nous prenons en charge le prix de la course. Le prix des médicaments reste à votre charge. Les médicaments doivent avoir été prescrits au maximum 24 heures avant la demande d'assistance.

Cette prestation exclut les renouvellements d'ordonnance.

■ GARDE-MALADE

Sur simple appel téléphonique, nous organisons et prenons en charge pendant **5 jours maximum** votre garde par un(e) garde-malade qualifié(e) à votre

domicile*, à raison de 4 heures minimum et de 10 heures maximum par jour. La prise en charge se fera à la condition que le médecin traitant ait établi un certificat médical confirmant la nécessité de la présence d'une personne qualifiée au chevet du bénéficiaire*.

■ AIDE MÉNAGÈRE

Sur votre demande, nous organisons la mise à disposition d'une aide ménagère pour vous venir en aide à votre Domicile*.

Nous prenons en charge le coût de l'aide ménagère jusqu'à **20 heures** de travail maximum **pendant votre immobilisation à votre Domicile***. (minimum de 2 heures à la fois et maximum de 10 h par jour).

A défaut de la présentation des justificatifs (certificat médical...), nous nous réservons le droit de vous refacturer l'intégralité de la prestation.

L'utilisation du service doit intervenir dans les

Assistance dédiée aux enfants

■ GARDE D'ENFANTS MALADES DE MOINS DE 16 ANS

En cas d'immobilisation au Domicile* de plus de 5 jours d'un enfant Bénéficiaire* à la suite d'une Maladie* ou d'un Accident*, nous organisons et prenons en charge pour venir le garder à votre Domicile* la présence d'une personne compétente et qualifiée à concurrence de 10 heures maximum par jour et pendant 5 jours consécutifs. La personne que nous enverrons au Domicile* de l'enfant Bénéficiaire* prendra et quittera ses fonctions en présence des parents. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jour férié, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum

Conditions d'application de cette garantie et Permanence des heures de service

Le service "Garde d'Enfants Malades" fonctionne du lundi au vendredi, de 8h00 à 19h00 hors jours fériés. Toutefois, vous pouvez nous joindre 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, afin de formuler votre demande.

Délais de mise en place

Dès réception de votre appel, après la visite du médecin traitant, nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre Domicile* le plus rapidement possible. Toutefois, nous nous réservons un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant

Exécution du service

Les prestations "Garde d'Enfants Malades" sont de notre ressort exclusif.

En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par vous-même ne sera remboursée. Les garanties s'appliquent sous réserve que l'enfant ait reçu la visite préalable de son médecin traitant. Le

30 jours suivant le début de l'immobilisation.

En cas d'Affection Longue Durée

- Nous prenons en charge le coût de l'aide ménagère jusqu'à 40 heures de travail pendant votre première immobilisation à votre Domicile* (minimum de 2 heures à la fois et maximum de 10h par jour). L'utilisation du service doit intervenir dans les 60 jours suivant le début de cette immobilisation.

- Au delà de cette prise en charge, nous vous proposerons de prolonger le service d'aide ménagère à domicile* : l'ensemble des coûts inhérents à cette prolongation reste à votre charge

■ PRÉSENCE D'UN PROCHE

Sur votre demande, nous organisons et prenons en charge le voyage aller et retour par train en 1^{ère} classe ou par avion en classe économique d'une personne de votre choix, résidant en France afin qu'elle se rende à votre chevet.

personnel intervenant n'est pas compétent pour dispenser des soins autres que ceux généralement apportés par l'entourage familial de l'enfant ; il ne peut effectuer d'actes médicaux dépassant les compétences reconnues par ses titres professionnels. Tout acte médical sera effectué sous le contrôle et la responsabilité du médecin prescripteur.

Conditions médicales et administratives

Vous devrez justifier votre demande par un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant.

Dans tous les cas, nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au missionnement de l'intervenant et de vous réclamer le certificat médical (ou une photocopie).

Vous devrez communiquer à la personne intervenant sur place, et à nous même, les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, afin que les services d'assistance ou l'intervenant puissent le contacter si l'état de l'enfant l'exigeait : vous communiquerez aussi les coordonnées des services d'urgence locaux.

Exclusions

La garantie "Garde d'Enfants Malades" ne s'applique pas dans les cas suivants :

- Dans le domaine médical : maladies chroniques, maladies* relevant de l'hospitalisation à domicile*, hospitalisations prévisibles.

- Dans le temps : entre 19h00 et 8h00, ni les dimanches et jours fériés, ni pendant les repos hebdomadaires et congés légaux des parents bénéficiaires*.

Remarque : le service "Garde d'Enfants malades" n'est pas conçu pour vos convenances personnelles.

■ RÉPÉTITEUR SCOLAIRE

En cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours ouvrés à la suite d'une maladie* ou d'un accident*, nous organisons et prenons en charge l'aide pédagogique à concurrence de 2 heures consécutives par jour au minimum et de 10 heures par semaine au maximum.

Nous recherchons un ou plusieurs répétiteurs scolaires, à partir du 16^{ème} jour d'absence scolaire, afin d'assurer la continuité du programme scolaire de l'enfant au maximum pendant l'année scolaire en cours.

Les cours sont dispensés du Cours Préparatoire (11^{ème}) à la Terminale des lycées d'enseignement général dans les matières principales suivantes : français, anglais, allemand, espagnol, histoire,

géographie, mathématiques, sciences naturelles, physique, chimie.

Ce ou ces enseignants sont autorisés à prendre contact avec l'établissement scolaire de l'enfant afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs l'étendue du programme scolaire.

En cas d'hospitalisation de l'enfant, les cours continueront, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, sous réserve que la Direction de l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent un accord formel en ce sens.

Cette prestation cesse à compter de la reprise des cours dans son école initiale par l'enfant bénéficiaire*.

Mise à disposition de nos services d'informations téléphoniques

■ INFORMATIONS MÉDICALES

Ce service est conçu pour vous écouter, orienter et informer. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les secours prévus localement.

Sur simple appel téléphonique, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, nous nous efforçons de rechercher les renseignements à caractère documentaire destinés à vous orienter dans le domaine de la santé.

Si une réponse ne peut vous être apportée immédiatement, nous effectuons les recherches nécessaires et vous rappelons dans les meilleurs délais. Les informations sont données dans le respect de la déontologie médicale.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation ou une prescription médicale téléphonique personnalisée, de favoriser une automédication ou de remettre en cause les choix thérapeutiques de praticiens. Si telle était votre demande, nous vous conseillons de consulter un médecin local ou votre médecin traitant.

Nous apportons aux questions que vous nous posez une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation que vous pourrez en faire ni de ses conséquences éventuelles.

■ INFORMATIONS GROSSESSE

Nous apportons notre assistance téléphonique au bénéficiaire* pendant toute la durée de la grossesse et jusqu'au retour au domicile* grâce à des prestations spécialisées qui répondent aux demandes, besoins et questions de la femme enceinte :

- Pendant la grossesse

- Informations spécifiques : mode de garde, alimentation, relations parent/enfant, frères/soeurs,
- Renseignements juridiques, fiscaux, sociaux,
- Aide aux démarches administratives spécifiques à l'arrivée d'un nouveau-né,
- En cas d'immobilisation au domicile*, organisation sans prise en charge d'un transport en ambulance vers les lieux d'exams.

- Après l'accouchement

- Assistance « baby blues » (soutien psychologique : prise en charge de 3 entretiens téléphoniques).

Cette prestation est accessible de 9h00 à 18h00 sauf dimanche et jours fériés.

■ INFORMATIONS VOYAGE

A votre demande, nous pouvons vous fournir des informations concernant :

- Les précautions médicales à prendre avant d'entreprendre un voyage (vaccins, médicaments),
- Les formalités administratives à accomplir avant un voyage ou en cours de voyage (visas ...),
- Les conditions de voyage (possibilité de transport, horaires d'avion ...),
- Les conditions de vie locale (température, climat, nourriture ...).

Ce service est accessible tous les jours de 8h à 19h30, heures françaises, sauf dimanches et jours fériés.

3.5 DISPOSITIONS GENERALES

Ce que nous excluons

■ EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Nous ne pouvons intervenir lorsque vos demandes sont consécutives :

- A une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle,
- A votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- A la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- A l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- A un acte intentionnel de votre part ou un acte dolosif, ou une tentative de suicide.

Sont également exclus :

- Les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
- Les frais non justifiés par des documents originaux.

■ EXCLUSIONS RELATIVE À L'ASSISTANCE AUX PERSONNES

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Outre les Exclusions Générales figurant au chapitre 3.5, sont exclus :

- 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 de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile*,
- Les hospitalisations et les immobilisations faisant suite à une rechute et/ou complication d'un état pathologique ou de maladies* antérieurement constituées à la date de prise d'effet et/ou date de renouvellement du contrat et comportant un risque d'aggravation brutale,
- Les hospitalisations pour raison esthétique et leurs éventuelles conséquences pathologiques,
- Les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse,
- Les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- Les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le début et leurs conséquences (accouchement compris).

Circonstances exceptionnelles

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations, résultant :

- De cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, instabilité politique

Subrogation

Conformément à l'article L 121-12 du Code des Assurances, NOVELIA ASSISTANCE est subrogée, à concurrence des indemnités payées et des services

Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des Assurances, toute action dérivant de cette convention

notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, répressailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quelle qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes,

fournis par elle, dans les droits et actions des Bénéficiaires* contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

d'assistance est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Réclamations - Litiges

En cas de réclamation ou de litige, le Bénéficiaire* pourra s'adresser au service Qualité de NOVELIA ASSISTANCE, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles – ACAM – 61, rue Taitbout – 75009 Paris.

Loi informatique et libertés

Toutes les informations recueillies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex, lors de la souscription à l'un de ses services et/ou lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que nous prenons à l'égard du Bénéficiaire*. A défaut de réponse aux renseignements demandés, EUROP ASSISTANCE sera dans l'impossibilité de fournir au Bénéficiaire* le service auquel il souhaite souscrire.

Ces informations sont uniquement réservées aux services d'EUROP ASSISTANCE FRANCE, en charge du contrat du Bénéficiaire* et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires d'EUROP ASSISTANCE FRANCE.

EUROP ASSISTANCE FRANCE, se réserve également la possibilité d'utiliser les données personnelles du Bénéficiaire* à des fins de suivi qualité ou d'études statistiques.

EUROP ASSISTANCE FRANCE, peut être amenée à communiquer certaines des données du Bénéficiaire* aux partenaires à l'origine de la présente garantie d'assistance.

Le Bénéficiaire* dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations le concernant en écrivant à : Europ Assistance France - Service Qualité, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Si pour les besoins de la réalisation du service demandé, un transfert des informations concernant le Bénéficiaire*, est réalisé en dehors de la Communauté Européenne, EUROP ASSISTANCE FRANCE, prendra des mesures contractuelles avec les destinataires afin de sécuriser ce transfert.

Par ailleurs, les Bénéficiaires* sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront avec EUROP ASSISTANCE pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels.»



NOV SANTÉ®