



LA DÉFENSE DE VOTRE SANTÉ

Maintien d'autonomie/ dépendance et décès (Arméo)

Notices d'information

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2016

Mutuelle
Référéncée
Ministère
De la Défense

Unéo, la mutuelle
des forces armées

TERRE - MER - AIR - GENDARMERIE
DIRECTIONS & SERVICES





LA DÉFENSE DE VOTRE SANTÉ

Maintien d'autonomie/ dépendance et décès (Arméo)

1. Arméo

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2016

Mutuelle
Référéncée
Ministère
De la Défense

Unéo, la mutuelle
des forces armées

TERRE - MER - AIR - GENDARMERIE
DIRECTIONS & SERVICES



Table des matières

NOTICE D'INFORMATION

Contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire

Maintien d'autonomie/Dépendance

Assureur des garanties: Mutex, assureur des garanties dépendance et décès
 Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 31 978 110 €
 Entreprise régie par le Code des assurances
 RCS Nanterre n° : 529 219 040
 Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex
 Mutex est placée sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution)
 dont le siège se situe 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 9

Pour les adhésions gérées dans le cadre de la loi Initiative et Entreprise Individuelle (dite loi Madelin) n° 94-126 du 11 février 1994 : les garanties sont souscrites auprès de Mutex par l'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (A.N.P.P.I.), dont le siège social est situé 125 avenue de Paris - 92327 CHATILLON CEDEX, remplissant les conditions définies par le décret 94-775 du 5 septembre 1994.

Souscripteur, Mutuelle Souscriptrice: Mutuelle Unéo
 Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité
 Immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 503 380 081
 Siège social : 48, rue Barbès 92544 Montrouge cedex

	Page
I. Dispositions générales	4
Article 1. Définitions.....	4
Article 2. Prescription.....	6
Article 3. Délai et Déclaration	6
Article 4. Organisme de Contrôle/Informatique et Libertés.....	6
Article 5. Réclamations et litiges	6
II. Le contrat d'assurance de groupe.....	7
Article 6. Durée du contrat	7
Article 7. Modification du contrat	7
III. L'adhésion	7
Article 8. Adhérent et Assuré.....	7
Article 9. Modalités d'adhésion et date d'effet de l'adhésion	8
Article 10. Fin de l'adhésion.....	9
IV. La cotisation	9
Article 11. Modalités de paiement des cotisations	9
Article 12. Défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent.....	9
Article 13. Défaut de paiement des cotisations par le Souscripteur.....	9
Article 14. Révision des cotisations	9
IV. Étendue des garanties	9
Article 15. Date d'effet des garanties.....	9
Article 16. Terme des garanties	9
Article 17. Mise en œuvre des garanties	10
Article 18. Territorialité des garanties.....	10
Article 19. Garanties « Décès, Frais d'Obsèques et Capital Orphelin ».....	10
19.1 – Garantie « Décès – Capital de base »	10
19.2 – Garantie « Frais Obsèques ».....	10
19.3 – Garantie « Capital Orphelin »	10
19.4 – Déclaration du sinistre	10
Article 20. Garantie « Maintien d'autonomie et Dépendance »	11
20.1 – Garantie.....	10
20.2 – Montant et modalités de versement des prestations.....	10
20.3 – Revalorisation	11
20.4 – Démarches en cas de sinistre	11
20.5 – La fausse déclaration	11
20.6 – Contrôle médical et administratif	12
20.7 – Litiges médicaux	12
Article 21. Exclusions	12
21.1 – Exclusions concernant la garantie « Maintien d'autonomie et Dépendance ».....	12
21.2 – Exclusions concernant la garantie « Décès ».....	12

PRÉAMBULE

Sur décision du conseil d'administration ratifiée par l'assemblée générale de la mutuelle de juin 2012, Unéo a souscrit au profit de ses membres participants et leurs ayants droit, tels que définis dans la présente notice, une couverture comportant des garanties « Maintien d'autonomie et Dépendance » et « Décès », présentées en inclusion aux garanties Santé du Souscripteur en application de l'article L.221-3 du Code de la mutualité et associée à la garantie « suspension d'affiliation » telle que définie par le règlement mutualiste du Souscripteur.

Conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité cette couverture a été rendue obligatoire par décision du conseil d'administration de la mutuelle Unéo des 14 et 15 mai 2012.

La présente notice d'information précise les garanties et les prestations auxquelles peuvent prétendre les membres participants et leurs ayants droit tels que définis ci-après, leurs modalités de prise en charge, les justificatifs à fournir ainsi que les démarches administratives à accomplir.

Ce document indique également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des limitations de garanties ainsi que des délais de prescription.

I. Dispositions générales

Article 1. Définitions Adhérent

Voir article 8 de la présente notice.

Assuré

Voir article 8 de la présente notice.

Bénéficiaires

Pour la garantie « Décès »

Les Bénéficiaires des capitaux dus par l'Assureur lors du décès de l'Assuré, sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part de l'Assuré auprès de l'Assureur.

Les Assurés peuvent désigner le(s) Bénéficiaire(s) dans le bulletin de désignation. Cette désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Si le Bénéficiaire est nommément désigné, les coordonnées de ce dernier peuvent être portées au dit

bulletin. Elles seront utilisées par l'Assureur lors du décès de l'Assuré.

La clause bénéficiaire peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Toutefois, la désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, effectuée dans les conditions suivantes :

- par voie d'avenant signé de l'Assureur, de l'Assuré et du Bénéficiaire,
- ou par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'Assuré et du Bénéficiaire, qui devra être notifié par écrit à l'Assureur pour lui être opposable.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les Bénéficiaires, le capital en cas de décès de l'Assuré est attribué comme suit :

- mon conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut à mon concubin notoire ou mon partenaire lié par un PACS ayant cette qualité au moment du décès,
- à défaut à mes enfants, nés ou à naître, par parts égales entre eux, vivants ou représentés,
- à défaut à mes ascendants par parts égales entre eux,
- à défaut, à mes autres héritiers, par parts égales en application des règles de dévolution successorale légales.

Pour la garantie « Frais d'obsèques »

En cas de décès d'un enfant d'au moins 12 ans et âgé au plus de 30 ans, et ce jusqu'au 31 décembre qui suit son 30ème anniversaire, inscrit au titre de l'adhésion du membre participant, le Bénéficiaire est la personne physique ou l'organisme des Pompes Funèbres ayant pris en charge les obsèques de l'enfant à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite du capital garanti et sur présentation d'une facture acquittée.

Pour la garantie « Capital orphelin »

Les Bénéficiaires sont les enfants initialement à la charge de l'Adhérent et encore à la charge de son conjoint, du partenaire de PACS ou de son concubin au jour du décès de ce dernier.

Les enfants à charge sont les enfants de l'Adhérent et ceux de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin si ce dernier en a la garde non partagée ou l'a eue jusqu'à leur majorité, sous réserve :

- qu'ils soient pris en compte fiscalement pour l'application du quotient familial ou reçoivent une pension alimentaire déductible du revenu global,

- qu'ils soient âgés de moins de 21 ans,
- qu'ils soient âgés de 21 à moins de 26 ans, s'ils justifient annuellement de la poursuite d'études secondaires ou supérieures ou s'ils effectuent des stages de formation professionnelle ou sont sous contrat d'apprentissage,
- quel que soit leur âge, qu'ils perçoivent les allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées ou soient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 80 %.

La situation de famille retenue est celle existant au moment du décès du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin.

Pour la garantie « Maintien d'autonomie et Dépendance »

Lorsque l'état de dépendance a été reconnu par l'Assureur, le Bénéficiaire est l'Assuré lui-même.

Date de reconnaissance de la Dépendance Totale

Il s'agit du 1^{er} jour du mois suivant la date de réception par la Mutuelle Souscriptrice de la déclaration de dépendance envoyée par l'Assuré (ou son représentant légal).

Franchise

Période débutant à la Date de reconnaissance de la dépendance totale telle que ci-dessus définie et à l'issue de laquelle l'Assuré commence à percevoir ses prestations.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Actes de la vie quotidienne

Il s'agit des 4 actes suivants :

- **Se déplacer** : capacité de se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés.
- **S'alimenter** : capacité de se servir et de manger de la nourriture préalablement préparée et mise à disposition.
- **Se laver** : capacité de satisfaire, de façon spontanée et non incitée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.
- **S'habiller** : capacité de s'habiller et de se déshabiller, avec recours éventuel à des vêtements adaptés.

Grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources)

L'évaluation de la dépendance est établie par l'assureur à partir de la grille AGGIR en vigueur visée à l'article R.232-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Cette grille a été élaborée par le Syndicat National de Gérontologie Clinique, en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire (gériatres, méthodologues, sociologues...).

La définition de la dépendance s'appuie sur la grille AGGIR en vigueur au 01/01/2015. En cas d'évolution de cette grille ou de la législation, le Souscripteur et l'Assureur conviennent de se réunir afin de discuter de la révision de la grille AGGIR et de son impact sur le présent contrat.

La grille AGGIR utilise un tableau de variables discriminantes relatives aux actes essentiels de la vie courante (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements à l'extérieur, à l'intérieur, communication à distance). Pour chacun de ces actes, c'est la capacité à faire seul, spontanément, totalement, correctement et habituellement qui est prise en compte afin d'affecter la personne à l'un des GIR (Groupe Iso Ressources). À titre d'information (Décret n° 2008-821 du 21 août 2008) :

- le GIR 1 comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- le GIR 2 est composé essentiellement de deux sous groupes :
 - d'une part les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit ;
 - d'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, elles n'effectuent que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.

APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

Allocation attribuée par un conseil général aux personnes de plus de 60 ans en situation de dépendance.

Dépendance totale

Est reconnu en état de dépendance totale, quel que soit son âge, l'Assuré dont l'état de santé n'est plus susceptible d'amélioration et qui est classé par l'Assureur dans les GIR 1 ou GIR 2 de la grille AGGIR telle que définie ci-dessus. La dépendance doit être consolidée, c'est-à-dire qu'au moment de l'évaluation, l'état de santé de l'assuré est considéré comme ne pouvant plus s'améliorer dans le temps, soit spontanément, soit par le fait d'un traitement.

Article 2. Prescription

Toute action dérivant du contrat est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, ce délai est porté à dix ans lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'Assuré ou du Bénéficiaire contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre, conformément aux conditions prévues à l'article L.114-2 du Code des assurances. 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 le Souscripteur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré ou le Bénéficiaire à l'Assureur ou au Souscripteur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 3. Délai et Déclaration

Les demandes de modification des caractéristiques d'une adhésion sont à adresser au Siège du Souscripteur.

Lorsque l'Adhérent omet d'aviser le Souscripteur de son changement de domicile, toute communication qui lui sera adressée par lettre recommandée à son dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux, c'est-à-dire ceux à l'expiration desquels

la prise d'effet aurait commencé si ladite lettre recommandée avait été remise en main propre au destinataire.

Article 4. Organisme de Contrôle/Informatique et Libertés

L'organisme de contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) située au 61 rue Taitbout – 75009 Paris.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'Assuré et/ou le Bénéficiaire disposent d'un droit d'accès, d'interrogation, d'opposition et de rectification des données qui les concernent. Ils peuvent exercer ce droit en adressant un courrier au Souscripteur ou à l'Assureur en joignant à la demande la copie d'un justificatif d'identité comportant leur signature.

Ces informations sont destinées à l'Assureur et au Souscripteur et sont nécessaires au traitement du dossier.

Ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat. Par la signature du bulletin d'adhésion, l'Assuré accepte expressément que les données le concernant leur soient transmises.

Article 5. Réclamations et litiges

Pour toute réclamation ou litige d'ordre médical, se référer à l'article 20.7 de la présente notice.

Pour toute autre réclamation ou litige, l'Assuré et/ou le Bénéficiaire peuvent s'adresser aux services concernés de l'Assureur.

Après leur intervention, si la réclamation n'est pas réglée, ils peuvent écrire à :

MUTEX – Service Qualité Relation Adhérent
125, avenue de Paris
92327 Châtillon cedex

en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites.

De plus, l'Assureur a mis en place une procédure de recours gracieux à travers son service de médiation. Cette procédure est mise à la disposition de l'Assuré et/ou du Bénéficiaire confrontés à des situations litigieuses non résolues après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations propres à l'Assureur visées ci-dessus.

Le médiateur peut ainsi être saisi par l'Assuré et/ou le Bénéficiaire qui adressent leur demande à l'attention du MÉDIATEUR DE MUTEX, auprès du Service Qualité Relation Adhérent de MUTEX.

II. Le contrat d'assurance de groupe

Article 6. Durée du contrat

Le contrat prend effet le 1^{er} janvier 2013 pour se terminer le 31 décembre suivant.

Le contrat est renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation par l'une ou l'autre des parties signataires chaque 31 décembre moyennant un préavis de trois mois avant la date d'échéance, par lettre recommandée avec accusé de réception.

En outre, la résiliation du contrat peut intervenir à la demande de l'Assureur :

- en cas de défaut de paiement des cotisations par le Souscripteur dans les conditions visées à l'article 13 de la présente notice,
- en cas de refus de la part du Souscripteur de la révision des cotisations, dont les modalités sont définies à l'article 14 de la présente notice.

À la date d'effet de la résiliation du contrat ou en cas de cessation d'activité du Souscripteur, aucune adhésion n'est plus recevable et les adhésions en cours prennent fin. Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation, continuent d'être assurées au niveau atteint jusqu'à l'extinction des droits.

Article 7. Modification du contrat

Les droits et obligations des Assurés peuvent être modifiés par voie d'avenant conclu entre le Souscripteur et l'Assureur. Ces avenants sont adoptés par décision de l'assemblée générale du Souscripteur, ou de son conseil d'administration sur délégation de l'assemblée générale.

Le Souscripteur, ou sur délégation l'Assureur, informe par écrit les Adhérents des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au moins avant leur date d'entrée en vigueur en application de l'article L141-4 du Code des assurances.

III. L'adhésion

Article 8. Adhérent et Assuré Adhérent

L'Adhérent est le Membre participant du Souscripteur,

tel que défini aux statuts et au règlement mutualiste de ce dernier, qui adhère au contrat Santé et paie les cotisations.

L'Adhérent du Souscripteur placé en suspension d'affiliation bénéficie également du contrat.

Assuré

Personne physique sur la tête de laquelle reposent les garanties.

Pour les garanties « Décès »

Sont assurés au titre du contrat, sous réserve de la déclaration effectuée par le Souscripteur :

- l'Adhérent, tel que défini ci-dessus ;
- les ayants droit de l'Adhérent, dûment inscrits au contrat Santé ou en suspension d'affiliation du Souscripteur, à savoir :
 - le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin notoire du membre participant pour les garanties Décès – Capital de base, et Décès – Capital Orphelin ;
 - les descendants directs âgés d'au moins 12 ans et au plus de 30 ans, jusqu'au 31 décembre qui suit leur trentième anniversaire, pour la garantie Décès – Frais Obsèques.

Conformément à l'article L.132-3 du Code des assurances, il est défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

Pour la garantie « Maintien d'autonomie et Dépendance »

a) Sont assurés à la garantie au 1^{er} janvier 2013 sous réserve de la déclaration effectuée par le Souscripteur, l'Adhérent tel que défini ci-dessus, et son conjoint, partenaire de PACS ou son concubin notoire dûment inscrits au contrat Santé ou en suspension d'affiliation du Souscripteur au **31 décembre 2012**.

- dès lors qu'ils sont âgés de moins de 65 ans et qu'ils remplissent les conditions suivantes au 31 décembre 2012 :
 - ne pas être invalide 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité Sociale,
 - et ne pas être dépendant GIR 1 ou 2,
 - et ne pas être bénéficiaire de l'APA ou en cours de demande de l'APA.
- dès lors qu'ils sont âgés de 65 ans ou plus et qu'ils certifient sur l'honneur avant le 31 décembre 2012 :

- pouvoir effectuer de manière spontanée les 4 Actes de la Vie Quotidienne,
- et ne pas être Invalide 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité Sociale,
- et ne pas être en GIR 1 ou 2,
- et ne pas être bénéficiaire de l'APA ou en cours de demande de l'APA.

b) **À compter du 1^{er} janvier 2013**, sont assurés dès leur adhésion à la garantie Santé du Souscripteur, l'Adhérent tel que défini ci-dessus, et son conjoint, partenaire de PACS ou son concubin notoire dûment inscrits au contrat Santé ou en suspension d'affiliation du Souscripteur

- dès lors qu'ils sont âgés de moins de 65 ans et qu'ils remplissent les conditions suivantes au moment de l'adhésion à la garantie santé :
 - ne pas être invalide 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité Sociale,
 - et ne pas être dépendant GIR 1 ou 2,
 - et ne pas être bénéficiaire de l'APA ou en cours de demande de l'APA.
- dès lors qu'ils sont âgés de 65 ans ou plus et qu'ils certifient sur l'honneur au moment de l'adhésion à la garantie santé :
 - pouvoir effectuer de manière spontanée les 4 Actes de la Vie Quotidienne,
 - et ne pas être Invalide 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de la Sécurité Sociale,
 - et ne pas être en GIR 1 ou 2,
 - et ne pas être bénéficiaire de l'APA ou en cours de demande de l'APA.

L'enfant de plus de 16 ans du Membre participant souhaitant bénéficier de la garantie « Maintien d'autonomie et Dépendance » devra adhérer à Unéo en son nom propre.

Les personnes physiques cumulant la qualité de « Membre participant » et « conjoint ayant droit » sur un autre contrat Santé de la mutuelle Souscriptrice, ne pourront pas cotiser et prétendre au bénéfice de la garantie « Maintien d'autonomie et Dépendance » et « Décès » sur les deux contrats.

Article 9. Modalités et date d'effet de l'adhésion

À compter du 1^{er} janvier 2013, le Membre participant, tel que défini aux Statuts et au Règlement mutualiste du Souscripteur, devient Assuré au contrat, au moyen d'un bulletin d'adhésion sur lequel il mentionne les ayants droit dûment inscrits auprès du Souscripteur et son choix de Bénéficiaire(s) pour la garantie Décès.

L'adhésion prend effet concomitamment à la prise d'effet du contrat santé et au plus tôt à la date d'effet du contrat d'assurance de groupe, pour les Membres participants déjà couverts à cette date, en santé, par le Souscripteur, sous réserve du paiement de la première cotisation et de satisfaire aux conditions énoncées à l'article 8 de la présente notice pour la garantie « Maintien d'autonomie et Dépendance ».

La date de prise d'effet de l'adhésion pour le conjoint, partenaire d'un PACS ou concubin notoire dûment inscrit au contrat Santé ou en suspension d'affiliation du Souscripteur sera concomitante à la prise d'effet du contrat Santé ou Suspension d'affiliation, sous réserve de satisfaire aux conditions énoncées à l'article 8 de la présente notice pour la garantie « Maintien d'autonomie et Dépendance ».

L'adhésion est ensuite renouvelée par tacite reconduction en même temps que l'adhésion au contrat Santé ou suspension d'affiliation.

Travailleurs Non-Salariés Non Agricoles (TNS) - Adhésion loi Madelin

L'adhérent exerçant de façon effective une activité professionnelle en tant que travailleur non salarié non agricole, qui remplit les conditions pour bénéficier du régime de déduction fiscale des cotisations instauré par la loi Initiative et entreprise individuelle n° 94-126 (loi Madelin) du 11 février 1994, adhère au contrat d'assurance groupe à adhésion facultative souscrit par l'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (A.N.P.P.I - 125 avenue de Paris - 92327 CHATILLON CEDEX) au bénéfice de ses membres auprès de Mutex.

Seule la cotisation finançant la garantie dépendance est éligible à la déduction.

Par son adhésion au contrat, l'adhérent devient membre de l'ANPPI.

Les statuts de l'ANPPI sont tenus à la disposition de l'adhérent et peuvent être fournis à tout moment sur simple demande auprès des services de Mutex.

L'adhérent TNS doit être à jour de ses cotisations aux régimes d'assurance maladie et vieillesse obligatoires et en attester lors de l'adhésion et à chaque échéance anniversaire de celle-ci au moyen d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie vieillesse concernées (article L 652-4 du Code de la Sécurité Sociale).

En cas de perte de la qualité de travailleur non salarié non agricole et/ou de la qualité de membre de l'ANPPI, l'adhérent ne peut plus bénéficier

du régime fiscal de la loi Madelin.

Article 10. Fin de l'adhésion

L'adhésion et les inscriptions qui en découlent cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance de groupe
- au jour de la prise d'effet de la perte de la qualité de Membre participant de la mutuelle Souscriptrice ;
- au jour de la prise d'effet de la perte de la qualité d'ayant droit de la mutuelle Souscriptrice ; étant précisé que l'ayant droit qui devient membre participant de la mutuelle Souscriptrice continue de bénéficier du contrat, sous réserve que sa radiation en qualité « d'ayant droit » soit concomitante à son adhésion en qualité de « membre participant » ;
- au jour de la prise d'effet de la radiation de l'Adhérent du contrat en cas de non paiement de cotisations, conformément à l'article 12 de la présente notice ;
- en cas de décès de la personne garantie.

La fin de l'adhésion du membre participant entraîne de plein droit la radiation des ayants droit.

Toutefois, l'Assureur continuera à verser les prestations en cours de service ou versera les prestations résultant d'un événement garanti s'il est survenu avant la date de prise d'effet de la fin de l'adhésion, et ce jusqu'à la fin des droits prévus par le contrat d'assurance de groupe.

IV. La cotisation

Article 11. Modalités de paiement des cotisations

Les garanties sont consenties moyennant le paiement, par l'Adhérent, de cotisations appelées selon les mêmes modalités que le contrat Santé de l'Adhérent souscrit auprès du Souscripteur.

La cotisation est fonction de l'âge de l'Assuré calculé en utilisant le 1^{er} jour du mois suivant la date de naissance. Ainsi, le changement d'âge se fait le 1^{er} jour du mois qui suit la date anniversaire.

Les cotisations dues par l'Adhérent sont appelées et collectées par le Souscripteur au nom et pour le compte de l'Assureur.

L'Adhérent est débiteur tant de sa propre cotisation que de celle des ayants droit inscrits au titre de son adhésion.

En cas de dépendance, l'Assuré est exonéré de la cotisation « Maintien d'autonomie et Dépendance » dès l'échéance suivant la Date de reconnaissance

de l'état de dépendance totale, telle que définie à l'article 1 de la présente Notice. Dans ce cas, la garantie « Décès » demeure en vigueur et la cotisation au titre de cette garantie est toujours due.

Article 12. Défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent

À défaut de paiement par l'Adhérent d'une cotisation dans le délai prévu, le Souscripteur adresse, à partir du dixième jour de l'échéance de l'appel de la cotisation, une lettre recommandée de mise en demeure, avec avis de réception. Dans cette lettre, il informe l'Adhérent qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à compter de l'envoi de ce courrier les garanties seront suspendues, et qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de ce courrier, le défaut de paiement de cette cotisation, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne son exclusion du contrat.

Article 13. Défaut de paiement des cotisations par le Souscripteur

À défaut de paiement des cotisations par le Souscripteur dans les 10 jours de leur échéance, l'Assureur lui adressera une lettre recommandée par laquelle il l'informerait qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement à l'Assureur de la prime ou fraction de prime échue ainsi que des primes éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la résiliation du contrat.

Article 14. Révision des cotisations

Lorsque les résultats techniques du présent contrat le nécessitent ou lorsqu'une décision législative, réglementaire ou fiscale a pour conséquence de modifier ses engagements, l'Assureur se réserve le droit d'adapter en conséquence les cotisations du contrat et de proposer un renouvellement prenant effet au 1^{er} janvier de l'exercice suivant l'exercice en cours.

IV. Étendue des garanties

Article 15. Date d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date d'effet de l'adhésion et/ou à la date d'inscription pour les ayants droit au contrat d'assurance de groupe.

Article 16. Terme des garanties

Les garanties cessent pour tous les Assurés :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance de groupe ;
- au jour de la prise d'effet de la perte de la qualité de Membre participant de la Mutuelle Souscriptrice ;
- au jour de la prise d'effet de la perte de la qualité d'ayant droit de la Mutuelle Souscriptrice ; étant précisé que l'ayant droit qui devient membre participant de la mutuelle Souscriptrice continue de bénéficiaire du contrat d'assurance de groupe, sous réserve que sa radiation en qualité « d'ayant droit » soit concomitante à son adhésion en qualité de « membre participant » ;
- à la date de décès de l'Assuré, excepté, en cas de décès, pour la garantie « Décès-Capital orphelin » ;
- au jour de la prise d'effet de la radiation de l'Adhérent du contrat en cas de non paiement des cotisations à l'issue de la procédure prévue à l'article 12 de la présente notice.

Article 17. Mise en œuvre des garanties

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative du Bénéficiaire qui présente à l'appui de sa demande les justificatifs nécessaires, tels que décrits pour chaque garantie.

L'Assureur a la faculté de faire examiner l'Assuré par un médecin qu'il désigne et qu'il rétribue, et ce afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre et de la poursuite des garanties.

Une fois établi le droit à prestations, celles-ci sont versées par le Souscripteur au Bénéficiaire.

Article 18. Territorialité des garanties

Les garanties liées au décès de l'Assuré s'exercent dans le monde entier.

L'état de dépendance doit être constaté en France métropolitaine, Départements et Régions d'Outre Mer (DROM) ou à Monaco, quel que soit le lieu de survenance du sinistre. Pour les Assurés non résidents en France métropolitaine, dans les DROM ou à Monaco, les frais de déplacements pour être examiné par un médecin expert désigné par l'Assureur ne seront pas pris en charge par ce dernier.

Article 19. Garanties « Décès, Frais d'Obsèques et Capital Orphelin »

19.1 – Garantie « Décès – Capital de base »

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès d'un Assuré survenant pendant la période de garantie. Les capitaux garantis en cas de décès de l'Assuré sont les suivants :

- pour les Assurés de moins de 65 ans : 4 150 €,

- pour les Assurés de 65 ans et plus : 2000 €.

L'âge est calculé en utilisant le 1^{er} jour du mois suivant la date de naissance. Ainsi, le changement d'âge se fait le 1^{er} jour du mois qui suit la date anniversaire. En cas de décès consécutif à un accident, le montant du capital garanti est doublé.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès, ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombent au Bénéficiaire.

19.2 – Garantie « Frais Obsèques »

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès d'un enfant inscrit en tant qu'ayant droit de l'Adhérent au titre du contrat Santé ou suspension d'affiliation souscrit auprès de la mutuelle Souscriptrice, âgé d'au moins 12 ans et au plus de 30 ans et ce jusqu'au 31 décembre qui suit son 30^{ème} anniversaire.

Le montant du capital garanti est au maximum de 1525 € et limité en tout état de cause aux frais d'obsèques réellement engagés, à l'exclusion des frais de concession et de déplacement. En conséquence, le capital versé est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais prévisibles d'obsèques. Cette garantie ne comporte pas de valeur de rachat.

19.3 – Garantie « Capital Orphelin »

La garantie a pour objet le versement d'un capital :

- soit en cas de décès avant 60 ans du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin adhérent aux présentes garanties, survenant simultanément ou dans les 365 jours qui suivent le décès de l'Assuré,
- soit en cas de décès avant 60 ans de l'Assuré, survenant simultanément ou dans les 365 jours qui suivent le décès de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin.

Le montant du capital garanti est de 4 150 €.

19.4 – Déclaration du sinistre

Pour percevoir le capital assuré, le Bénéficiaire devra faire parvenir au Souscripteur les pièces suivantes :

- un extrait d'acte de décès ou bulletin de décès,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- en cas de décès accidentel, une copie du procès verbal de rapport de police ou de gendarmerie, extraits de journaux, ou tout autre document,
- une copie du livret de famille pour les enfants âgés de plus de 12 ans et de moins de 30 ans,
- toutes autres pièces pouvant être exigées en vertu des dispositions législatives et réglementaires ou jugées nécessaires par l'Assureur,
- pour la garantie obsèques, les factures originales des frais engagés.

Article 20. Garantie « Maintien d'autonomie et Dépendance »

20.1 – Garantie

La garantie a pour objet le versement d'une rente viagère lorsque l'Assuré est reconnu en état de dépendance totale par l'Assureur, telle que définie à l'article 1, après un délai de franchise de 6 mois après la date de Reconnaissance de l'état de dépendance totale, telle que définie à l'article 1 de la présente notice. Cette franchise ne s'applique pas en cas de dépendance accidentelle.

20.2 – Montant et modalités de versement des prestations

Le montant de rente fixé pour la garantie « Maintien d'autonomie et Dépendance » est de 300,00 euros par mois (Valeur au 01/01/2013).

Après ouverture des droits et expiration du délai de franchise, le versement de la rente est effectué à la fin du mois qui suit la fin de la période de franchise, soit directement au Bénéficiaire, soit à son représentant légal si l'Assuré dépendant est placé sous un régime de protection légale. Par la suite, le versement sera toujours effectué mensuellement et à terme échu.

Sous réserve d'être prévu par le règlement mutualiste de la Mutuelle Souscriptrice, lorsque le mode de paiement choisi donne lieu à la perception de frais ou de taxes, ceux-ci sont déduits du montant de la rente servie.

Pour permettre le maintien des prestations qui lui sont dues, le Bénéficiaire d'une rente (ou son représentant légal) doit fournir chaque année une copie signée d'un des documents suivants en cours de validité :

- livret de famille,
 - document d'identité officiel comportant une photographie,
- portant la mention manuscrite :

« Je, soussigné(e) (Nom, Prénom), demeurant à (adresse complète), certifie être en vie à la date du »

Date et signature ».

En outre, l'Assureur se réserve la possibilité de réclamer ce document à d'autres dates.

En cas de non production de ce document, le paiement de la rente sera suspendu. Le versement des prestations reprendra lorsque le Bénéficiaire aura régularisé sa situation avec effet à la date de suspension.

Les prestations cessent :

- au dernier jour du mois du décès de l'Assuré,
- à compter du 1^{er} jour du mois civil où l'Assuré ne remplit plus les conditions exigées par le contrat pour bénéficier de la rente sur la décision du médecin conseil de l'Assureur.

Le Souscripteur s'engage à aviser l'Assureur, dès connaissance du décès de l'Assuré.

En cas de déclaration tardive du décès de l'Assuré, l'Assureur se réserve la possibilité de réclamer le remboursement des prestations indûment versées.

20.3 – Revalorisation

Des revalorisations peuvent intervenir au 1^{er} janvier de chaque année. Elles concernent :

- la revalorisation simultanée de la garantie et des cotisations,
- la revalorisation des rentes en cours de service.

Les revalorisations sont fixées sur décision de l'Assureur en accord avec le Souscripteur, dans les limites des disponibilités financières d'un fonds de revalorisation.

20.4 – Démarches en cas de sinistre

La demande de reconnaissance de son état de dépendance est à adresser en recommandé avec accusé de réception par l'Assuré ou par son représentant légal à la Mutuelle Souscriptrice. La reconnaissance de l'état de dépendance est appréciée par le médecin-conseil de l'Assureur.

Un questionnaire d'évaluation de la dépendance sera adressé à l'Assuré. Ce questionnaire sera à retourner, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'Assureur. Ce dernier pourra solliciter la communication de toute pièce complémentaire utile à l'étude du dossier. Il pourra faire examiner l'Assuré par un médecin de son choix.

Dans le cas d'une demande de l'Assuré refusée par l'Assureur, aucune nouvelle demande ne pourra être faite avant un délai de trois mois après la date de la demande initiale.

Le coût d'obtention de pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier est à la charge de l'Assuré.

20.5 – La fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26 du Code des assurances, **l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque**

ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les cotisations payées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas de fausse déclaration non intentionnelle
L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

20.6 – Contrôle médical et administratif

L'Assureur peut à tout moment, effectuer ou faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'il jugerait utiles pour se prononcer éventuellement sur l'admission, ou sur l'ouverture ou la continuation du service de la rente à l'Assuré. L'Assureur peut ainsi notamment demander à l'Assuré de subir un examen médical approfondi soit par son propre médecin-conseil, soit par un médecin choisi en dehors du médecin traitant.

Compte tenu de l'avis formulé par ce dernier, l'Assureur statue sur la demande présentée et notifie sa décision en cas de refus à l'Assuré.

Si l'Assuré ne répond plus aux critères de reconnaissance de la dépendance totale, la rente est suspendue. Le service de la rente peut reprendre sans délai du jour où l'état de dépendance totale est à nouveau reconnu.

Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'intéressé se refuse à subir le contrôle ou à fournir les pièces justificatives demandées.

20.7 – Litiges médicaux

Pour être recevable, toute contestation médicale doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent la notification de décision prise à l'égard de l'Assuré (lettre de notification).

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin-conseil de l'Assureur et le médecin traitant de l'Assuré.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, ce médecin arbitre serait désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du domicile de l'Assuré.

Les honoraires du médecin-conseil ou du médecin choisi par l'Assureur restent à la charge de ce dernier, ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert.

Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confir-

merait la décision prise à l'égard de l'Assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront alors à la charge de l'Assuré.

Article 21. Exclusions

21.1 – Exclusions concernant la garantie « Maintien d'autonomie et Dépendance »

L'Assureur garantit tous les risques de dépendance, quelle qu'en soit la cause, à l'exclusion des conséquences résultant :

- **du fait intentionnel de l'Assuré provoquant une dépendance,**
- **directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation des noyaux d'atome,**
- **d'actes de terrorisme ou de sabotage, d'émeutes ou mouvements populaires, de rixes (sauf en cas de légitime défense et de service de maintien de l'ordre), de crimes et de délits, lorsque l'Assuré y a pris une part active.**

21.2 – Exclusion concernant la garantie « Décès »

L'assurance en cas de décès est de nul effet si l'Assuré se donne volontairement la mort au cours de la première année de l'adhésion.

Le risque de suicide est couvert à compter de la deuxième année de l'adhésion. En cas d'augmentation des garanties en cours d'adhésion, le risque de suicide, pour les garanties supplémentaires, est couvert à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation.



LA DÉFENSE DE VOTRE SANTÉ

Maintien d'autonomie/ dépendance et décès (Arméo)

2. Arméo Assistance

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2016



Mutuelle
Référencée
Ministère
De la Défense

Unéo, la mutuelle
des forces armées

TERRE - MER - AIR - GENDARMERIE
DIRECTIONS & SERVICES



NOTICE D'INFORMATION

Services d'assistance de l'offre « Maintien d'autonomie/Dépendance et Décès »

Notice valable à compter du 1^{er} janvier 2016

Ces garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances, **ci-après dénommée Arméo Assistance**, assureur des garanties d'assistance, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481511632, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

Unéo, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 503380081, dont le siège social est situé - 48 rue Barbès, 92544 Montrouge cedex, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

OBJET

Le contrat visé dans la présente notice est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire proposant des garanties d'assistance et régi par le Code des assurances.

Ce contrat est souscrit par Unéo auprès de IMA ASSURANCES au bénéfice de ses membres participants et de leurs ayants droit bénéficiaires du contrat d'assurance de groupe « Maintien d'autonomie/Dépendance et Décès » proposé par Unéo y compris s'ils ne bénéficient que de la garantie Décès.

DÉFINITIONS

ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure à l'aidant et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

AIDANT

Le Proche, membre participant, ayant droit ou autre, qui apporte à titre non professionnel, seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire auprès de la personne en perte d'autonomie. Arméo Assistance n'interviendra que pour l'aidant principal déclaré par la famille lors du premier appel.

AIDÉ

Personne dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne. Si l'aidé n'est ni le membre participant, ni son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, Arméo Assistance n'interviendra que pour un seul aidé désigné par le membre participant ou son conjoint lors du premier appel.

ASSUREUR

Les garanties sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

L'aidé, ainsi que son aidant sous réserve qu'au moins l'un ou l'autre soit membre participant ou conjoint, concubin ou partenaire de PACS au moment de l'événement déclencheur.

BESOIN DE RÉPIT

Besoin de repos permettant à l'aidant de reprendre des forces afin de continuer d'assumer son rôle.

DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale/secondaire de l'aidant ou de l'aidé.

FRANCE

France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre).

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, un centre de rééducation et en Soins de Suite et Réadaptation incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans le mois qui la précède.

MALADIE

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

MEMBRE PARTICIPANT

Adhérent Unéo bénéficiaire du contrat d'assurance de groupe « Maintien d'autonomie/Dépendance et Décès » proposé par Unéo donnant droit aux garanties d'assistance à domicile.

PAYS D'ORIGINE

Pays dans lequel le membre participant et son ayant droit (conjoint, concubin, partenaire de PACS) sont enregistrés auprès d'Unéo.

PERTE D'AUTONOMIE

État d'une personne qui ouvre droit :
 - à l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6,
 - ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
 - ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.
 - Invalidité de 2^{ème} et/ou de 3^{ème} catégorie, tel que

prévu à l'article L341-4 du Code de la Sécurité sociale et ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité.

PROCHE

Sont considérés comme des proches: le conjoint de droit ou de fait (pacsé ou concubin), ascendants ou descendants au 1^{er} ou 2^{ème} degré, les frères et sœurs, beaux-frères et belles sœurs du membre participant ou de son conjoint.

SOUSCRIPTEUR

Unéo, mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, et immatriculée au répertoire SIRENE, sous le n° 503 380 081, dont le siège est situé 48 rue Barbès, 92120 Montrouge.

TÉLÉASSISTANCE

Système de télécommunication qui permet à une personne en perte d'autonomie ou isolée d'alerter à distance un professionnel de l'assistance.

Arméo Assistance :

désigne IMA ASSURANCES.

DÉTAIL DES GARANTIES

EN CAS D'ENTRÉE EN INVALIDITÉ (2^{ÈME} ET 3^{ÈME} CATÉGORIE) OU DÉPENDANCE (GIR 4 au sens de la grille AGGIR en vigueur visée à l'article R.232-3 du Code de l'action sociale et des familles) du membre participant ou son conjoint

Arméo Assistance organise et prend en charge les frais d'installation d'un transmetteur de téléalarme au domicile du membre participant ou de son aidant si le membre participant ou son conjoint vit chez lui, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de trois mois.

Au-delà de la prise en charge d'Arméo Assistance, l'aidé ou l'aidant qui le souhaite pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'aidant.

EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION DE L'AIDANT

Si l'aidant est soudainement hospitalisé plus de 2 jours ou immobilisé au domicile plus de 5 jours.

Auxiliaire de vie ou Aide-ménagère

Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la

garde de jour de l'aidé, du lundi au vendredi de 8h à 20h, dans la limite de 30 heures (dont 2h pour la venue si nécessaire d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'aidé),

OU

Mise à disposition d'une aide-ménagère qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Les deux prestations ne sont pas cumulables. Le nombre d'heures attribuées est évalué par Arméo Assistance selon la situation et ne pourra excéder 30 heures sur 30 jours par fait générateur/événement déclencheur à raison de 2 heures minimum par intervention.

Venue d'un proche ou Transfert chez un proche

Le transport aller et retour dans le respect des règles de territorialité d'un proche dans le pays d'origine de l'aidé pour lui tenir compagnie,

OU

Le transport non médicalisé de l'aidé chez un proche dans son pays d'origine dans le respect des règles de territorialité.

Les deux prestations ne sont pas cumulatives et sont prises en charge, sur une durée maximale de 30 jours par fait générateur/événement déclencheur et dans la limite de 200 euros l'aller et retour.

Livraison de médicaments

Lorsque ni l'aidant, ni les proches de l'aidé ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant pour l'aidé, Arméo Assistance se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche de son domicile et de les lui livrer à son domicile. La garantie est limitée à une livraison sur une période maximale de 30 jours par fait générateur/événement déclencheur. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'aidé ou de son aidant.

Portage de repas

Lorsque l'aidant n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas pour l'aidé ou de les faire préparer par les proches de l'aidé, Arméo Assistance prend en charge un forfait de livraison, sur une période de 10 jours maximum, d'un pack de 7 repas maximum à définir à la commande.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer les repas en fonction des choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé

en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'aidé ou de son aidant.

Livraison de courses

Lorsque ni l'aidant, ni les proches de l'aidé ne sont en mesure de faire les courses pour l'aidé, Arméo Assistance prend en charge les frais de livraison d'une commande par semaine sur 30 jours maximum par fait générateur/événement déclencheur. Les frais de livraison seront remboursés à l'aidé ou son aidant sur présentation d'un justificatif.

Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas ce service, Arméo Assistance organisera une livraison par taxi.

Le prix des courses demeure à la charge de l'aidé ou de son aidant.

Coiffure à domicile

Lorsque l'aidé a besoin de soins de coiffure, Arméo Assistance organise le déplacement d'un coiffeur au domicile. La prise en charge est limitée à un seul déplacement sur 30 jours par fait générateur/événement déclencheur et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'aidé ou de son aidant.

Portage d'espèces

Lorsque l'aidé ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, Arméo Assistance organise et prend en charge :

- un transport aller et retour dans un établissement bancaire,
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €.

Téléassistance

Arméo Assistance organise et prend en charge les frais d'installation d'un transmetteur de téléalarme au domicile de l'aidé ou de l'aidant si l'aidé vit chez lui, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de trois mois.

Au-delà de la prise en charge d'Arméo Assistance, l'aidé ou l'aidant qui le souhaite pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'aidant.

EN CAS DE BESOIN DE RÉPIT DE L'AIDANT L'aidant justifie, au moyen d'un certificat médical, du besoin d'une période de répit.

Garanties mises en œuvre

Arméo Assistance organise et prend en charge les garanties suivantes, moyennant un délai de prévenance de 7 jours.

- Auxiliaire de vie ou Aide-ménagère
- Venue d'un proche ou Transfert chez un proche
- Livraison de médicaments
- Portage de repas
- Livraison de courses
- Coiffure à domicile
- Portage d'espèces

Ces garanties s'appliquent dans les mêmes conditions que décrites précédemment, **dans la limite d'un événement par an.**

MODALITÉS CONTRACTUELLES

LES GARANTIES PRÉVUES DANS LE CADRE DU CONTRAT D'ASSISTANCE DU PRODUIT « MAINTIEN D'AUTONOMIE/DÉPENDANCE ET DÉCÈS » S'APPLIQUENT SELON LES MODALITÉS SUIVANTES.

Arméo Assistance intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant de l'aidant au :

05 49 34 82 52 (appel non surtaxé)
00 33 5 49 52 depuis l'étranger

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle de l'aidant et de l'aidé. Le nombre d'heures nécessaires pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

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

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par Arméo Assistance ou en accord préalable avec elle. Arméo Assistance ne prendra pas en charge les dépenses que le membre participant « aidé » ou son aidant auraient engagées de leur propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser l'aidant qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, Arméo Assistance pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

DURÉE DES GARANTIES

Les garanties d'assistance prévues par la présente convention cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du Contrat d'assurance de groupe souscrit par Unéo auprès d'IMA ASSURANCES relatif aux services d'assistance du produit « Maintien d'autonomie/Dépendance et Décès » ;
- à la date à laquelle le membre participant et/ou l'ayant droit ne sont plus bénéficiaires du contrat d'assurance de groupe « Maintien d'autonomie/ Dépendance et Décès » souscrit à leur profit par la mutuelle Unéo pour quelque cause qui soit.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par Arméo Assistance.

TERRITORIALITÉ

Définition des modalités de prise en charge des déplacements de personnes :

La prise en charge par Arméo Assistance des déplacements de personnes tels que prévus par les garanties détaillées à la présente notice est encadrée dans les conditions de territorialité ci-après précisées.

- Lorsque le Membre participant ou conjoint, concubin, partenaire de PACS réside en France, la prise en charge est limitée au sein du territoire métropolitain, en train 1^e classe ou avion de ligne classe économique.
- Lorsque le Membre participant ou conjoint, concubin, partenaire de PACS réside dans un Département d'Outre-Mer, la prise en charge est limitée au sein de ce seul département, en taxi, bateau ou avion de ligne classe économique.
- Lorsque le Membre participant ou conjoint, concubin, partenaire de PACS réside dans une Collectivité d'Outre-Mer (Mayotte est soumis au même traitement que les COM), la prise en charge est limitée au déplacement au sein de ce seul territoire, en taxi, bateau ou avion de ligne classe économique. Dans cette hypothèse, le remboursement est limité aux frais engagés par le bénéficiaire et sur présentation de justificatifs. Arméo Assistance n'intervient pas directement mais rembourse ultérieurement les bénéficiaires sur présentation de justificatifs et dans la limite de la prise en charge habituellement constatée en France Métropolitaine.
- Lorsque le Membre participant réside dans un pays européen autre que la France, la prise en charge est limitée au déplacement au sein de ce seul pays, en taxi, train, bateau ou avion de ligne classe économique. Dans cette hypothèse, le remboursement

est limité aux frais engagés par le bénéficiaire et sur présentation de justificatifs. Arméo Assistance n'intervient pas directement mais rembourse ultérieurement les bénéficiaires sur présentation de justificatifs et dans la limite de la prise en charge habituellement constatée en France Métropolitaine.

FAITS GÉNÉRATEURS OU ÉVÉNEMENTS DÉCLENCHEURS

Les garanties de la présente Convention s'appliquent en cas d'accident corporel ou de maladie ou d'hospitalisation imprévue ou en cas de besoin de répit de l'aidant ou en cas d'entrée en invalidité (2^{ème} et 3^{ème} catégorie) ou dépendance (GIR 4 au sens de la grille AGGIR en vigueur visées à l'article R.232-3 du Code de l'action sociale et des familles) du membre participant ou son conjoint, tel que précisé pour chacune des garanties.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

La mise en œuvre des garanties par Arméo Assistance est soumise à la transmission préalable :

- d'un justificatif de perte d'autonomie de l'aidé (AEEH (catégories 2 à 6) ou PCH ou APA (GIR 1 à 4) ou invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie) ;
- d'un nouveau justificatif de perte d'autonomie de l'aidé en cas d'aggravation de la situation ;
- d'un certificat médical en cas de besoin de répit de l'aidant ;
- d'un bulletin d'hospitalisation ou d'un certificat médical en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'aidant.

SUBROGATION

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

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, qu'à compter du jour où Arméo Assistance en a eu connaissance ;
- 2- en cas de sinistre, qu'à compter du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre Arméo Assistance a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ce dernier.

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 Arméo Assistance aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à Arméo Assistance en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, Arméo Assistance et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance sont destinées à Arméo Assistance afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'Arméo Assistance, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à Unéo.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'Arméo Assistance, 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort.

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'Arméo Assistance par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) 9 rue de Saint-Pétersbourg - 75008 PARIS. Son avis s'impose à Arméo Assistance mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

LIMITATION A L'APPLICATION DES GARANTIES

CERTAINES SITUATIONS CONSTITUENT UN MOTIF DE LIMITATION DES GARANTIES OU D'EXCLUSION

DÉLAI DE DEMANDE DE L'ASSISTANCE

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent :

- une immobilisation au domicile
 - une hospitalisation ou une sortie d'hospitalisation
 - la constatation du besoin de répit de l'aidant
- Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement (hospitalisation ou sortie d'hospitalisation, immobilisation, constatation du besoin de répit de l'aidant).

INFRACTION

Arméo Assistance ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où l'aidant aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

FORCE MAJEURE

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

AUTRES EXCLUSIONS

Ne donne pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

- programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques préexistantes,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations sexuelles, ainsi que leurs conséquences.



LA DÉFENSE DE VOTRE SANTÉ

Maintien d'autonomie/ dépendance et décès (Arméo)

3. Arméo Plus

Applicable à compter du 1^{er} Janvier 2016

Mutuelle
Référéncée
Ministère
De la Défense

Unéo, la mutuelle
des forces armées

TERRE - MER - AIR - GENDARMERIE
DIRECTIONS & SERVICES



NOTICE D'INFORMATION

Service « Arméo Plus » (Services de prestations réalisés par DOM PLUS)

DOM Plus, partenaire en charge des services Arméo Plus, société anonyme au capital de 737 360 euros, immatriculée au RCS de Grenoble sous le n° 431 693 027, dont le siège social est situé 3, rue Roland Garros - 38320 Eybens.

Unéo, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 503 380 081, dont le siège social est situé au 48, rue Barbès 92544 Montrouge Cedex.

Dans le cadre de votre adhésion à l'offre « Arméo », vous bénéficiez du service Arméo Plus. Vous trouverez, ci-dessous, les informations sur l'étendue et les conditions d'accès du service « Arméo Plus » qui vous est proposé par votre mutuelle et mis en œuvre par son partenaire DOM PLUS.

1. Objet du service

« Arméo Plus » est une plateforme téléphonique d'écoute, de conseils spécialisés sur les problématiques relatives à la dépendance, et de mise en relation avec des professionnels de services au domicile.

« Arméo Plus » est un service conçu pour répondre aux questions rencontrées par des personnes confrontées à la dépendance ou la perte d'autonomie : relation aidant/aidé, maintien et soutien à domicile, adaptation de l'habitat, maintien du lien social, mobilisation du réseau des aidants professionnels, solvabilisation des demandes, préparation à l'entrée en institution etc.

2. Accès au service

Le service est accessible aux Bénéficiaires suivants :

- l'adhérent et son conjoint/concubin/partenaire pacsé du contrat « Maintien d'autonomie/ Dépendance et Décès » y compris s'ils ne bénéficient que de la garantie Décès, et les autres ayants

- droit de l'adhérent ;
- un tiers appelant pour le compte de l'adhérent ;
- un aidant familial.

L'accès au service « Arméo Plus » se fait au moyen du numéro dédié suivant :

- 09 69 39 03 35,
- Numéro Cristal, au prix d'une communication locale, quel que soit le type de poste émetteur (fixe, mobile ou box) à partir du territoire France métropolitaine ;
- 0,15 euros Hors Taxe par minute (tarif variant selon l'opérateur) pour les appelants DOM TOM.

Le service est ouvert du :

- lundi au vendredi de 8h30 à 19h00,
- le samedi de 8h30 à 13h00 (horaires de la France métropolitaine).

En dehors de ces plages horaires, un service d'accueil est mis en place 24H/24 et 7J/7 pour un traitement différé avec rappel.

3. Description des prestations offertes

3.1 L'écoute et l'accompagnement téléphonique

« Arméo Plus » assure un accompagnement téléphonique des personnes confrontées à une problématique liée à la dépendance en leur apportant :

- des informations générales sur le champ de la dépendance,

- des informations sur l'octroi d'aides légales et extra-légales, conditions d'accès, formalités administratives,
- de l'aide aux aidants, accès à l'information sur les aides existantes,
- des aides et soutien moral, empathie et écoute attentive, neutre, et bienveillante,
- des informations sur la santé et la prévention, accompagnement dans le parcours de soins dans un objectif de préservation de la santé des adhérents et plus particulièrement des aidants,
- des conseils de vie pratique et des explications relatives aux démarches administratives (changement de domicile, de situation familiale).

3.2 La mise en relation avec les prestataires de services au domicile

« Arméo Plus » permet de mettre en relation avec les prestataires de services au domicile : sans exclusivité quant à la nature juridique des intervenants (associations de professionnels, associations de bénévoles, sociétés commerciales).

Les services de mise en relation portent, entre autres, sur les actes essentiels de la vie : aide ménagère, soins et toilette, portage de repas.

Ils s'étendent à tout service dont la nature est destinée à améliorer le quotidien de vie des adhérents (petit entretien courant, accompagnement, moyen de transport spécialisé).

Le service « Arméo Plus » qualifie la demande de l'adhérent, recherche et procède à l'organisation de

la prestation de mise en relation avec les prestataires référencés par DOM PLUS.

En aucun cas, le service « Arméo Plus » ne comprend la prise en charge financière de quelque prestation que ce soit, réalisée par un Professionnel référencé ou tout autre.

4. Protection des données personnelles

DOM PLUS met en œuvre un traitement à caractère personnel afin de traiter vos appels. Les données collectées sont indispensables à cet effet. Conformément à la loi informatique et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'opposition pour motifs légitimes, d'interrogation, d'accès et de rectification pouvant s'exercer par courrier, accompagné d'une copie d'un titre d'identité, auprès de DOM PLUS 3 rue Roland Garros 38320 Eybens.

5. Pour en savoir plus

Contactez nous :

- Tel : 09 69 39 03 35
- Site Internet : <http://prioritealapersonne.fr>

Restez en contact

Nous vous invitons à prendre contact avec un conseiller Unéo



Au 0970 809 709

Du lundi au vendredi de 8h à 18h.

Remboursements, changements de coordonnées, droits à prestations, etc. : nos conseillers sont à votre disposition.

Appel non surtaxé.



www.groupe-uneo.fr

Services disponibles 24h/24.

Consultez le détail de vos remboursements, gérez vos données personnelles, retrouvez les adresses des agences Unéo, posez vos questions par e-mail : rendez-vous sur votre espace personnel sécurisé.



**Unéo - 48 rue Barbès
92544 Montrouge Cedex**

Pensez à indiquer votre numéro d'adhérent et l'objet de votre demande (changement de situation, remboursement, devis...).



**Depuis un téléphone portable
au 06 31 12 31 12**

Posez vos questions où que vous soyez en indiquant votre numéro d'adhérent dans votre message.

Coût d'un SMS : selon opérateur.

**UNÉO SUR
LES RÉSEAUX
SOCIAUX**

Suivez notre actualité !



facebook.com/Groupe.Uneo



twitter.com/mutuelle_uneo