

SOMMAIRE

CHAPITRE I : DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT	3
ARTICLE 2 – RÉFÉRENCES LÉGALES	3
ARTICLE 3 – MODIFICATION DU CONTRAT	3
<u>ARTICLE 3.1 – MODIFICATION DE LA STRUCTURE DE COTISATION</u>	3
<u>ARTICLE 3.2 – AUTRES MODIFICATIONS CONTRACTUELLES OU ADMINISTRATIVES</u>	3
<u>ARTICLE 3.3 – MODIFICATIONS JURIDIQUES</u> ...	3
<u>ARTICLE 3.4 – ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES</u>	3
ARTICLE 4 – ADHÉSION	4
ARTICLE 5 – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE	4
ARTICLE 6 – LES OBLIGATIONS DÉCLARATIVES DU SOUSCRIPTEUR	4
ARTICLE 7 – REMISE DE LA NOTICE D'INFORMATION	4
ARTICLE 8 – BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES	5

CHAPITRE II : LES GARANTIES

ARTICLE 9 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES	5
ARTICLE 10 – DROIT AUX PRESTATIONS	5
ARTICLE 11 – LIMITATION	5
ARTICLE 12 – GARANTIES OPTIONNELLES	5
ARTICLE 13 – MODIFICATION DE LA GARANTIE	5
ARTICLE 14 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	6

<u>ARTICLE 14.1 – TIERS PAYANT</u>	6
<u>ARTICLE 14.2 – LE RELEVÉ DE PRESTATIONS</u>	6
<u>ARTICLE 14.3 – SOINS RÉALISÉS OU FACTURÉS À L'ÉTRANGER</u>	6
<u>ARTICLE 14.4 – ACCIDENT</u>	6
ARTICLE 15 – LES EXCLUSIONS	7

CHAPITRE III : LA CESSATION DES GARANTIES

ARTICLE 16 – RÉSILIATION	7
<u>ARTICLE 16.1 – RÉSILIATION ANNUELLE</u>	7
<u>ARTICLE 16.2 – RÉSILIATION À TITRE EXCEPTIONNEL</u>	7
ARTICLE 17 – RADIATION ET EXCLUSION	7
<u>ARTICLE 17.1 – RADIATION D'UN MEMBRE PARTICIPANT</u>	7
<u>ARTICLE 17.2 – RADIATION DES AYANTS DROIT</u>	8
ARTICLE 17.4 – EXCLUSION EN CAS DE DÉFAUT DE PAIEMENT	8
ARTICLE 17.5 – EXCLUSION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	8
ARTICLE 18 – DATE D'EFFET DE LA CESSATION DE LA GARANTIE	8
ARTICLE 19 – LES MAINTIENS DE LA GARANTIE SANTÉ	9
<u>ARTICLE 19.1 – MAINTIEN DE LA GARANTIE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL OUVRANT DROIT À PRISE EN CHARGE PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE CHÔMAGE</u>	9
<u>ARTICLE 19.2 – MAINTIEN DE LA GARANTIE DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI ÉVIN</u>	9

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS

ARTICLE 20 – STRUCTURE ET MONTANT DE LA COTISATION..... 10

ARTICLE 21 – FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS 10

ARTICLE 22 – GARANTIES COMPLÉMENTAIRES 10

ARTICLE 22.1 – GRATUITÉ DE COTISATION À PARTIR DU 3ÈME ENFANT 10

ARTICLE 22.2 – GRATUITÉ NOUVEAU-NÉ ET ENFANT ADOPTÉ 10

ARTICLE 22.3 – GARANTIE « ASSISTANCE » ET « SERVICE AUX PERSONNES »..... 10

ARTICLE 23 – PAIEMENT DES COTISATIONS .. 10

ARTICLE 24 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS 11

CHAPITRE V : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 25 – NULLITÉ EN CAS DE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION 11

ARTICLE 26- RÉCLAMATIONS 11

ARTICLE 27 – MÉDIATION 11

ARTICLE 28 – FORCLUSION 12

ARTICLE 29 – PRESCRIPTION 12

ARTICLE 30 – SUBROGATION 12

ARTICLE 31 – CONTRÔLE MÉDICAL ET TECHNIQUE 12

ARTICLE 32 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS .. 12

ARTICLE 33 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX 13

ARTICLE 34 – FONDS D'ACTION SOCIALE 13

ARTICLE 34.1 – OBJET DU FONDS D'ACTION SOCIALE 13

ARTICLE 34.2 – BÉNÉFICIAIRES DES AIDES ... 13

ARTICLE 34.3 – FINANCEMENT DU FONDS SOCIAL..... 13

ARTICLE 34.4 – NATURE DES AIDES 13

ARTICLE 35 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE..... 13

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès d'Eovi-Mcd mutuelle dont les présentes Conditions générales, valant Notice d'information, définissent la garantie et les prestations accordées. Il a pour objet de faire bénéficier les membres participant et leurs ayants droit de prestations de santé en complément des prestations en nature servies par le Régime obligatoire de Sécurité sociale dont ils relèvent.

Les prestations garanties sont précisées dans le tableau descriptif de ces dernières.

Les membres du Souscripteur affiliés au contrat acquièrent la qualité de membre participant de la Mutuelle conformément à l'article L.221-2.III du Code de la Mutualité. Les membres participants sont représentés à l'Assemblée générale d'Eovi-Mcd mutuelle, conformément à l'article L.114-6 du Code de la Mutualité, selon les dispositions statutaires d'Eovi-Mcd mutuelle.

La Mutuelle ne peut instituer entre ses membres participants de différences de cotisations que si elles sont justifiées par le revenu, la durée d'appartenance à la Mutuelle, le Régime obligatoire d'affiliation, le lieu de résidence, le nombre d'ayants droit ou l'âge des membres, dans le respect des dispositions légales. Pour les dispositifs prévus par l'article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, par l'article 88-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et par l'article L. 4123-3 du Code de la défense, elles peuvent en outre moduler les cotisations en fonction de la date d'adhésion des agents à ces dispositifs.

S'agissant des prestations, la Mutuelle ne saurait instaurer de différences qu'en raison des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 2 – RÉFÉRENCES LÉGALES

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité. Selon la garantie choisie, le contrat respecte le dispositif légal relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » défini à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale. En conséquence, la garantie et les niveaux de remboursement devront suivre les évolutions législatives et réglementaires relatives aux contrats responsables qui pourraient intervenir ultérieurement.

ARTICLE 3 – MODIFICATION DU CONTRAT

Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, toute modification des Statuts décidée par l'Assemblée générale de la Mutuelle est portée à la connaissance des membres participants. Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au membre participant. Ces modifications leur sont opposables dès leur notification.

Toute modification des conditions particulières du contrat collectif est constatée par un avenant signé par le Souscripteur et Eovi-Mcd mutuelle.

ARTICLE 3.1 – MODIFICATION DE LA STRUCTURE DE COTISATION

Toute demande de modification de la structure de cotisation définie aux Conditions particulières doit être effectuée par écrit à Eovi-Mcd mutuelle par le Souscripteur avant le 1^{er} décembre de l'exercice pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'exercice suivant.

ARTICLE 3.2 – AUTRES MODIFICATIONS CONTRACTUELLES OU ADMINISTRATIVES

Tout autre changement peut être réalisé sur demande écrite du Souscripteur à tout moment de l'année (adresse, modalités de paiement,...).

ARTICLE 3.3 – MODIFICATIONS JURIDIQUES

En cas de modification de la structure juridique du Souscripteur (notamment en cas de fusion absorption, transmission universelle du patrimoine de redressement ou de liquidation judiciaires, procédure de sauvegarde, cession), ce dernier est tenu d'en informer immédiatement Eovi-Mcd mutuelle. Le maintien ou, le cas échéant, la résiliation du contrat collectif, est alors soumis aux dispositions réglementaires applicables dans de tels cas. En cas de changement du représentant légal, de numéro d'inscription au Registre du Commerce et des Sociétés, d'adresse, le Souscripteur est tenu d'en informer immédiatement Eovi-Mcd mutuelle.

ARTICLE 3.4 – ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

Le contrat tient compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à sa date d'effet. En cas de modification de ces dispositions, Eovi-Mcd mutuelle peut procéder à une révision du contrat, au plus tôt à leur date d'effet. Jusqu'à cette date, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer au contrat sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Les révisions induites par les évolutions et aménagements de la loi du 13 août 2004, relative aux contrats responsables, ne sont pas concernées par les présentes dispositions.

Si les modalités de la révision proposées par Eovi-Mcd mutuelle ne conviennent pas au Souscripteur (hors augmentation de taxe ou de prélèvement de toute

nature), ce dernier peut demander la résiliation de son contrat, en le notifiant par lettre recommandée, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la notification des nouvelles conditions. La résiliation interviendra à la fin du trimestre civil suivant la réception par Eovi-Mcd mutuelle de la lettre recommandée.

ARTICLE 4 – ADHÉSION

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des Statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par le présent contrat et par le tableau descriptif de la garantie choisie.

Le signataire du bulletin d'adhésion acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle à compter de la date d'effet de son adhésion. L'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, sauf si une autre date est expressément prévue au bulletin d'adhésion. Le bulletin d'adhésion précise la date d'effet de l'adhésion, qui ne peut être rétroactive, l'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion.

Le membre participant bénéficie des prestations afférentes aux garanties auxquelles il a adhéré et y ouvre droit à ses ayants droit.

Tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale du membre participant ou de l'un des ayants droit doit être signalé à la Mutuelle par le membre participant.

L'adhésion au contrat est annuelle à tacite reconduction. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions prévues au chapitre III des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

ARTICLE 5 – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation propre aux opérations d'assurance à distance (téléphone, télécopie, courrier, Internet ...), dans les conditions prévues par l'article L. 221-18 du Code de la mutualité. Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité. Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle par écrit. Il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle :

Je soussigné(e) Nom : Prénom : Adresse complète du membre participant : déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du code de la Mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat n° et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles. À le / / Signature du membre :

La Mutuelle rembourse au membre participant au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, toutes les sommes perçues en application du contrat. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

ARTICLE 6 – LES OBLIGATIONS DÉCLARATIVES DU SOUSCRIPTEUR

Le Souscripteur s'engage à la souscription à transmettre à Eovi-Mcd mutuelle :

- la demande de souscription complétée et signée,
- la liste nominative des membres participant
- les bulletins individuels d'adhésion des membres, accompagnés de la photocopie de l'attestation d'assurance maladie de chaque bénéficiaire jointe à la carte vitale et, le cas échéant, d'un mandat SEPA.

En cours de contrat, le Souscripteur s'engage à informer dans les plus brefs délais et avant trente (30) jours, Eovi-Mcd mutuelle, de la date à laquelle un adhérent ne répond plus aux conditions posées à l'article 8 des présentes Conditions générales valant Notice d'information, des changements de situation familiale concernant les membres participants et ses ayants droit en y joignant les justificatifs correspondants, à informer l'assuré du maintien de sa garantie au titre de la portabilité.

Le Souscripteur transmet dans les plus brefs délais et avant trente (30) jours, les bulletins individuels d'adhésion des nouveaux membres.

Si ce délai n'est pas respecté, la prise d'effet de la garantie ne sera effective qu'au premier jour du mois suivant la réception par Eovi-Mcd mutuelle du bulletin, même si des cotisations ont déjà été versées par le Souscripteur pour les intéressés.

À tout moment, Eovi-Mcd mutuelle se réserve le droit de demander au Souscripteur copie de tout état susceptible de justifier les effectifs membres participants.

ARTICLE 7 – REMISE DE LA NOTICE D'INFORMATION

Le Souscripteur doit remettre à chaque membre participant un exemplaire des Statuts d'Eovi-Mcd mutuelle et présent document valant Notice d'information établie par Eovi-Mcd mutuelle qui définit la garantie du contrat, leur modalité d'entrée en vigueur

ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de remboursement ainsi que toute nullité, échéance, prescription, exclusion ou limitation de garantie.

Le Souscripteur doit informer chaque membre participant, en lui remettant une notice établie à cet effet par Eovi-Mcd mutuelle, de toute modification apportée à leurs droits et obligations. Le membre participant peut, dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la Notice d'information, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

En cas de litige, il incombe au Souscripteur d'apporter la preuve qu'il a remis cette Notice d'information et qu'il a communiqué les éventuelles modifications aux membres participants.

ARTICLE 8 - BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion :

- Le membre participant
- Les ayants droit du membre participant

Les ayants droit du membre participant sont les personnes définies ci-après :

A - Les conjoints, concubins et partenaires liés au membre participant par un pacte civil de solidarité.

B - Les enfants légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant et/ou des personnes définies au A, jusqu'à 25 ans, non mariés, ne vivant pas en concubinage, non chargés de famille ; ou jusqu'à 28 ans et justifiant de la poursuite de leur études ou de leur inscription à Pôle emploi et à charge fiscalement.

C - Les enfants handicapés légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant ou des personnes définies au A, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, quel que soit leur âge, et à charge fiscalement.

D - Les ascendants, descendants, collatéraux jusqu'au 3ème degré ou alliés au même degré du membre participant, vivant sous le toit de celui-ci et se consacrant exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge du membre participant.

CHAPITRE II : LES GARANTIES

ARTICLE 9 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Le membre participant et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la Mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci.

ARTICLE 10 – DROIT AUX PRESTATIONS

Pour pouvoir bénéficier des prestations y compris dans le cadre du tiers payant, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits aux prestations doivent être ouverts.

ARTICLE 11 – LIMITATION

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

ARTICLE 12 – GARANTIES OPTIONNELLES

Si la garantie le prévoit, le membre participant peut choisir des garanties optionnelles « renforts » pouvant être cumulables. Ces garanties optionnelles s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires.

Les garanties optionnelles, si elles sont souscrites au moment de l'adhésion, prennent effet en même temps que la garantie de base. Si elles sont souscrites ultérieurement, leur prise d'effet est fixée au 1^{er} janvier suivant la réception du bulletin modificatif signé, sous réserve que la demande ait été effectuée au plus tard le 31 décembre de l'exercice précédent.

La souscription ultérieure à l'adhésion à la garantie de base donne lieu à signature d'un avenant au bulletin d'adhésion ou d'un bulletin modificatif.

ARTICLE 13 – MODIFICATION DE LA GARANTIE

Les modifications de garantie demandées par le Souscripteur ou le membre participant ne peuvent prendre effet qu'au 1^{er} janvier de chaque année. Elles doivent alors avoir été demandées par lettre recommandée au plus tard le 31 décembre de l'exercice précédent. Elles s'appliquent à tous les bénéficiaires de la garantie souscrite par le membre participant.

Toutefois, le changement peut intervenir en cours d'année sur présentation de justificatifs lorsqu'il s'agit d'une modification ou d'une adaptation des garanties liée :

- à un changement de Régime obligatoire
- à des prestations légales perçues (par exemple : bénéfice ou perte de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)),
- à la situation familiale (vie en couple, séparation, naissance, adoption, ayants droit n'étant plus à charge, décès)

Il peut également être accepté, à titre dérogatoire, un changement de garantie en cours d'année demandé dans le cadre d'un dossier instruit par le fonds d'action sociale.

La modification doit être demandée au plus tard dans un délai de trois (3) mois suivant la date de l'événement, accompagnée d'un justificatif du changement de situation. Elle prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de l'avenant au bulletin d'adhésion ou du bulletin d'adhésion modificatif signé.

La modification de garanties donne lieu à signature d'un avenant au bulletin d'adhésion ou à un bulletin modificatif.

ARTICLE 14 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie, ou à défaut sur la facture du prestataire. Les soins survenus, les séjours hospitaliers et traitements réalisés antérieurement à la date d'ouverture du droit aux prestations des bénéficiaires ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Grâce aux accords passés avec la caisse de Régime obligatoire (CPAM, MSA, RSI...), celle-ci crédite le compte bancaire ou de Caisse d'épargne du membre participant ou, sur demande de ce dernier, de l'ayant droit, de son remboursement. La part complémentaire est remboursée directement au membre participant ou sur demande de ce dernier, à l'ayant droit par virement ou par lettre chèque, à réception du décompte (A) ou de la télétransmission (B) et des factures des professionnels de santé.

A - Décompte : la caisse de Régime obligatoire transmet au membre participant son décompte qu'il doit envoyer à la Mutuelle aux fins de remboursement.

B - Télétransmission (Noémie) : la caisse de Régime obligatoire informe la Mutuelle du remboursement qu'elle vient de verser au membre participant et le signale à ce dernier par une mention portée sur le décompte.

La prise en charge des prestations par la Mutuelle respecte les règles des contrats responsables, notamment le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée qui prévoit un encadrement du remboursement des dépassements d'honoraires (dispositifs OPTAM-OPTAM CO).

ARTICLE 14.1 – TIERS PAYANT

Le membre participant peut bénéficier du tiers payant. Ce dispositif permet au membre participant de ne pas avoir à réaliser d'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé (pharmacies, hôpitaux, laboratoires, opticiens...), en fonction des accords passés avec la Mutuelle et du niveau de garantie mentionné sur sa carte de mutuelle. Les professionnels de santé se font rembourser directement par la caisse de Régime obligatoire du membre participant et par la Mutuelle.

Conformément à la réglementation relative aux contrats responsables, la Mutuelle permet à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et en fonction de son niveau de garanties.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte de mutuelle pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ou plus ouverts. Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire ou auprès de la Mutuelle, ce bénéficiaire est tenu de procéder au

remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

En cas de non remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

ARTICLE 14.2 – LE RELEVÉ DE PRESTATIONS

La Mutuelle informe le membre participant des montants qui lui sont remboursés par l'envoi d'un relevé de prestations. Les informations sont regroupées et portent sur une période de trois (3) mois à partir du jour où la première prestation est réglée au membre participant. Le membre participant peut également consulter ses remboursements sur le site internet de la Mutuelle ou sur l'application mobile de la Mutuelle.

Toute couverture de risques similaires à ceux garantis par le contrat du membre participant, souscrite auprès de quelque organisme que ce soit, devra obligatoirement être déclarée à la Mutuelle, à quelque moment qu'elle survienne.

ARTICLE 14.3 – SOINS RÉALISÉS OU FACTURÉS À L'ÉTRANGER

Pour les prestations réalisées à l'étranger (actes, soins, séjours, honoraires, transports, locations ou achats de produits,...), la Mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du régime français de Sécurité sociale au titre des « soins à l'étranger ». La Mutuelle peut intervenir également en complément d'un régime étranger de Sécurité sociale, soit dans le cadre de l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie, soit dans le cadre de conventions établies entre la France et les pays membres de l'Union Européenne (UE) ou hors UE.

La Mutuelle n'intervient pas sur des prestations facturées à l'étranger (actes, achats de produits à l'étranger ou par Internet,...) qui ont pour unique objet la mise en application de forfaits non soumis à prise en charge du Régime obligatoire (forfait lentilles refusées, forfait analyses refusées, forfait dentaire non remboursé,...).

ARTICLE 14.4 – ACCIDENT

La Mutuelle intervient pour tous les actes non exclus à l'article 15 des présentes Conditions générales valant Notice d'information consécutifs à un accident, qu'il s'agisse d'un accident de droit commun ou du travail. À cet effet, le membre participant doit adresser, sous peine de déchéance, une déclaration circonstanciée précisant le nom et l'adresse du tiers en cause, les coordonnées de sa compagnie d'assurance, ainsi que celles des forces de police ayant procédé, le cas échéant à un constat.

Le membre participant couvert pour le même risque, par une autre mutuelle, une compagnie d'assurance ou un autre organisme de prévoyance doit en informer

la Mutuelle. Dans ce cas, les prestations ne sont versées qu'à titre complémentaire, sans que le membre participant puisse recevoir un montant supérieur à celui des débours réels.

Le membre participant doit informer la Mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile et de ses intentions. La Mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire. Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé par cette dernière à la Mutuelle, qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et il ne devient définitif que quinze (15) jours après l'envoi de cette lettre. Le membre participant doit également informer la Mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la Mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

En cas de soins consécutifs à un accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, la Mutuelle n'intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, qu'à défaut de couverture de ces soins par une police individuelle souscrite auprès d'un organisme d'assurance.

ARTICLE 15 – LES EXCLUSIONS

Conformément aux règles des « contrats responsables » fixées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par la Mutuelle les dépenses suivantes :

- **La participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,**
- **Les franchises médicales mentionnées à l'article L. 322-2 III du Code de la Sécurité sociale,**
- **La majoration du ticket modérateur prévue par l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant (exclusion totale ou partielle),**
- **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par les spécialistes hors parcours de soins coordonné et hors protocole de soins (exclusion totale ou partielle).**

En outre, à moins qu'ils ne soient pris en charge par le Régime obligatoire du membre participant, ne sont pas garantis les remboursements d'actes, soins, hospitalisations, traitements, opérations ou autres découlant d'un événement caractérisant un cas de force majeure. Constitue un cas de force majeure tout événement imprévisible et irrésistible. Cela comprend notamment : les faits de guerre civile ou étrangère, d'attentats, d'émeutes, d'insurrections,

d'actes de terrorisme, d'interventions dans le cadre d'opérations internationales ; les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux de l'atome ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

Les exclusions s'appliquent à l'ensemble des contrats et ne sauraient faire obstacle aux règles des « contrats responsables ».

CHAPITRE III : LA CESSATION DES GARANTIES

ARTICLE 16 – RÉSILIATION

ARTICLE 16.1 – RÉSILIATION ANNUELLE

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité, le Membre participant ou le Souscripteur peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant la date d'échéance. La résiliation ne peut prendre effet qu'au 1^{er} janvier de chaque année.

Aucune résiliation n'est donc possible en cours d'année, à l'exception de celles autorisées par le Code de la Mutualité ou les présentes Conditions générales valant Notice d'information. Elle est soumise au respect d'un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance et doit donc être expédiée au plus tard le 31 octobre de l'exercice. Elle s'applique à tous les bénéficiaires de la garantie.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours.

ARTICLE 16.2 – RÉSILIATION À TITRE EXCEPTIONNEL

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si le membre participant apporte la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de son employeur impose son affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation du membre participant sera enregistrée et deviendra effective au premier jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée d'une copie du bulletin de salaire et d'une attestation de l'employeur.

Cette résiliation entraînera la radiation des bénéficiaires.

ARTICLE 17 – RADIATION ET EXCLUSION

ARTICLE 17.1 – RADIATION D'UN MEMBRE PARTICIPANT

La garantie cesse de produire ses effets à la date de radiation du membre participant.

En dehors des personnes concernées par l'article

19 des présentes Conditions générales valant Notice d'information, Eovi-Mcd mutuelle procède à la radiation d'un membre participant

- à la résiliation du contrat collectif par le Souscripteur ou Eovi-Mcd mutuelle,
- en cas de liquidation des droits à la retraite du membre participant,
- en cas de rupture du contrat de travail du membre participant.

La radiation d'un membre participant est effective le dernier jour du mois de l'évènement.

La radiation du membre participant à la garantie à adhésion obligatoire met fin automatiquement aux garanties optionnelles à adhésion facultative.

ARTICLE 17.2 – RADIATION DES AYANTS DROIT

Toute radiation d'un membre participant entraîne automatiquement la radiation par Eovi-Mcd mutuelle de ses ayants droit et, au plus tôt, cette radiation intervient de plein droit à la date à laquelle ils ne répondent plus à la définition des ayants droit, conformément à l'article 8 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

Eovi-Mcd mutuelle procède à la radiation annuelle des ayants droit sur demande écrite du Souscripteur, transmise avant le 1^{er} décembre de l'exercice en cours pour une prise d'effet au 31 décembre de ce même exercice.

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année, avec date d'effet le dernier jour du mois de la réception de la demande écrite du Souscripteur, pour les cas suivants :

- perte du bénéfice du Régime obligatoire de l'ayant droit ;
- ayant droit bénéficiaire d'une ouverture de droits à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou à l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) ;
- adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire ;
- séparation entre l'ayant droit conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité et le membre participant (fournir une attestation sur l'honneur) ;
- divorce entre le conjoint ayant droit et le membre participant, ou lancement d'une procédure devant conduire au divorce, (fournir une copie du livret de famille ou une attestation du greffe du tribunal) ou rupture du pacte civil de solidarité (fournir une attestation du greffe du tribunal ou attestation émanant d'un notaire) ;
- départ d'enfant majeur du foyer ;
- peine privative de liberté.

ARTICLE 17.3 – RADIATION EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès, la radiation du membre participant ou de l'ayant droit décédé prend effet au premier jour du mois suivant le décès sauf application du maintien des droits tel que prévu à l'article 19.2 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

Un certificat de décès doit être fourni à la Mutuelle. La carte de mutuelle mentionnant le nom du membre participant ou des ayants droit doit être restituée. La résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la demande. Elle ouvre droit au remboursement du prorata de cotisation réglé d'avance.

Toute radiation d'un membre participant entraîne automatiquement la radiation par Eovi-Mcd mutuelle de ses ayants droit. En cas de décès du membre participant, la radiation des ayants droit prend effet au premier jour du mois suivant le décès.

ARTICLE 17.4 – EXCLUSION EN CAS DE DÉFAUT DE PAIEMENT

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions fixées par l'article 24 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

ARTICLE 17.5 – EXCLUSION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

En cas de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la Mutuelle procède à l'exclusion immédiate du membre participant, et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues.

L'exclusion entraîne la cessation de la garantie, à compter de la date d'exclusion.

ARTICLE 18 – DATE D'EFFET DE LA CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation, radiation ou exclusion. Dès lors qu'il y a eu résiliation, radiation, ou exclusion aucune prestation ayant une date de soins égale ou postérieure à la date de fermeture des droits aux prestations de l'adhérent, n'est prise en charge par la Mutuelle.

Le Souscripteur est responsable de la restitution à Eovi-Mcd mutuelle de la carte de mutuelle. Eovi-Mcd mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre toute personne ayant utilisé frauduleusement une carte de mutuelle, sans préjudice du paiement des cotisations correspondant à la période écoulée entre la radiation et la dernière utilisation frauduleuse.

ARTICLE 19 – LES MAINTIENS DE LA GARANTIE SANTÉ

ARTICLE 19.1 – MAINTIEN DE LA GARANTIE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL OUVRANT DROIT À PRISE EN CHARGE PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE CHÔMAGE

Eovi-Mcd mutuelle maintient la garantie du contrat aux membres participants, conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

Bénéficiaires du maintien

Peuvent bénéficier du présent maintien les membres participants, déclarés selon les modalités du paragraphe « Modalités d'information », qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Eovi-Mcd mutuelle n'accorde pas le maintien :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à la présente couverture complémentaire n'étaient pas ouverts par le membre participant chez le Souscripteur au jour de la rupture de son contrat de travail.

Le maintien demandé par le membre participant s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues, si ce derniers étaient couverts au titre du présent contrat.

Les garanties maintenues au bénéfice du membre participant sont celles en vigueur dans l'entreprise du souscripteur.

Prise d'effet et durée du maintien

Eovi-Mcd mutuelle maintient la garantie du contrat à compter de la date de cessation du contrat de travail et, pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois

Le Souscripteur doit impérativement informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du membre participant.

Toutefois, le membre participant a la possibilité de renoncer audit maintien. Dans ce cas, cette renonciation sera définitive, concernera l'ensemble des prestations garanties et devra être notifiée expressément au Souscripteur par écrit, dans les dix (10) jours suivant la date de rupture du contrat de travail.

Cessation du maintien de la garantie

Eovi-Mcd mutuelle cesse le maintien de la garantie à la survenance du premier de ces événements :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe ci-dessus,
- au jour où le membre participant trouve un nouvel

emploi entraînant la fin de la prise en charge par le régime d'assurance chômage ou liquide ses droits à pension de retraite,

- à la date à laquelle le membre participant cesse de bénéficier d'une indemnisation par le régime d'assurance chômage.

Avant ce terme et sauf en cas de mise en liquidation judiciaire du Souscripteur, Eovi-Mcd mutuelle peut interrompre le maintien :

- à la date de suspension de la garantie du contrat en cas de non-paiement des cotisations par le membre participant,
- à la date de résiliation du contrat collectif ;
- en cas de manquement du bénéficiaire à justifier auprès d'Eovi-Mcd mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Les bénéficiaires du présent maintien de garantie pourront toutefois demander, dans les six (6) mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989 conformément à l'article 19.2 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

Modalités d'information

Le Souscripteur signale, au membre participant, le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe Eovi-Mcd mutuelle de la cessation du contrat de travail.

Cotisation

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, ce maintien de garantie est accordé sans contrepartie de cotisation pour les membres participants et leurs ayant droit qui bénéficient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail.

Évolution législative

Nonobstant les prévisions des conditions générales et particulières, les dispositions relatives au maintien de la garantie en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage (durée, financement, etc.) seront automatiquement adaptées conformément aux obligations mises à la charge de l'employeur et d'Eovi-Mcd mutuelle par la réglementation applicable.

ARTICLE 19.2 – MAINTIEN DE LA GARANTIE DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI ÉVIN

Eovi-Mcd mutuelle assure le maintien d'une couverture santé identique à celle choisie par le Souscripteur dans le cadre du contrat collectif au profit :

- des membres participants bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve

que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de la garantie au titre de l'article 19.1 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

La Mutuelle est tenue d'informer les membres participants répondant à ces critères.

- des ayants droit (tels que précisés à l'article 8) des membres participants décédés, pendant une durée minimale de douze (12) mois à compter du premier jour du mois suivant le décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès.

La demande de maintien de couverture à donner lieu à une nouvelle souscription à titre individuel et facultatif. Les tarifs appliqués en cas de maintien de couverture ne dépassent pas les limites prévues par le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017.

Le maintien de couverture prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande par Eovi-Mcd mutuelle, sauf dans le cas de décès du membre participant ou le maintien de couverture prend effet au premier jour du mois suivant celui du décès.

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS

ARTICLE 20 – STRUCTURE ET MONTANT DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation est déterminé pour chaque bénéficiaire de la garantie. Le montant peut, selon la garantie souscrite, varier :

- En fonction du Régime obligatoire des bénéficiaires,
- Du lieu de résidence des bénéficiaires ou de l'entreprise,
- De la composition familiale et de l'âge des membres,
- De la durée d'appartenance des bénéficiaires à la Mutuelle

La variation du montant de la cotisation due à l'âge des membres est faite annuellement au 1^{er} janvier. L'âge est calculé par différence de millésime.

La cotisation peut éventuellement être majorée, dans les limites et plafonds fixés par l'Assemblée générale de la Mutuelle, notamment de frais de gestion et/ou de télétransmission, ainsi que des taxes et contributions auxquelles doit se soumettre la Mutuelle.

En cas d'adhésion en cours d'exercice, la cotisation est calculée prorata temporis, l'adhésion prend effet dans les conditions prévues à l'article 4 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

ARTICLE 21 – FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Le montant des cotisations est annuel. Les cotisations sont fixées pour l'année civile par l'Assemblée générale

de la Mutuelle ou par le Conseil d'administration lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière conformément aux articles L. 114-9 et L. 114-11 du Code de la mutualité.

Le montant des cotisations est révisé chaque année en fonction de l'âge, du taux d'augmentation général fixé par le Conseil d'administration qui s'appuie notamment sur l'évolution des remboursements des régimes obligatoires, de l'évolution de la législation ou de la réglementation.

Les modifications apportées au montant des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participant.

ARTICLE 22 – GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

ARTICLE 22.1 – GRATUITÉ DE COTISATION À PARTIR DU 3ÈME ENFANT

Si la garantie le prévoit, la gratuité de cotisation concerne le 3ème enfant de moins de vingt-cinq (25) ans, et les suivants, couvert(s) par le contrat du membre participant.

ARTICLE 22.2 – GRATUITÉ NOUVEAU-NÉ ET ENFANT ADOPTÉ

Si la garantie le prévoit, la naissance ou l'adoption d'un enfant ouvre droit à la gratuité de la cotisation de l'enfant pour une durée de douze (12) mois. Le bénéfice de cette gratuité est conditionné à l'inscription de l'enfant sur le contrat du membre participant dans les trois (3) mois qui suivent la naissance ou l'adoption de l'enfant, sous peine de forfeiture.

ARTICLE 22.3 – GARANTIE « ASSISTANCE » ET « SERVICE AUX PERSONNES »

Les membres participant et leurs ayants droit bénéficient de prestations « Assistance » et « Service aux personnes » décrites dans l'annexe dédiée à cette garantie « Assistance ».

ARTICLE 23 – PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle, payable mensuellement, semestriellement ou trimestriellement. La date, le mode, le terme et la périodicité du paiement des cotisations sont définies au bulletin d'adhésion.

Le versement mensuel de la cotisation est réservé aux membres participants souhaitant effectuer un règlement par prélèvement sur leur compte bancaire.

Hors prélèvements, les cotisations sont exigibles :

- Au 1^{er} janvier : pour les règlements annuels,
- Au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet pour les règlements semestriels,
- Au 1^{er} janvier, au 1^{er} avril, au 1^{er} juillet et au 1^{er} octobre pour les règlements trimestriels.

ARTICLE 24 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix (10) jours après le délai de trente (30) jours précité.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

CHAPITRE V : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 25 – NULLITÉ EN CAS DE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION

La garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé

par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 26- RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation, le membre participant peut s'adresser au service en charge des réclamations de la Mutuelle notamment par courrier à l'adresse suivante : 353 boulevard du Président Wilson - CS 21645 - 33079 Bordeaux Cedex.

En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation ou en cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des présentes Conditions Générales valant Notice d'information, le membre participant peut demander l'avis du médiateur de la Mutuelle.

La réclamation est l'expression écrite, formulée par un membre participant, quel que soit le canal (courrier simple ou recommandé, mail, fax), quel que soit l'objet (garanties ou services), d'un mécontentement, d'une insatisfaction, fondé(s) ou non. Une question technique, même complexe, même formulée par courrier, ne constitue pas une réclamation.

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation pour en accuser réception. Une réponse définitive sera apportée au membre participant dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date de réception de sa réclamation.

Seront traitées les réclamations reçues par courrier (courrier simple ou recommandé, mails, fax) et portant sur des situations individuelles. Y compris les réclamations rédigées par le membre participant sur le formulaire spécifique qui sera mis à sa disposition (remise de la main à la main en agence ou envoi par la plate-forme).

Ce formulaire sera également disponible sur le site internet de la Mutuelle et pourra être téléchargé par le membre participant

ARTICLE 27 – MÉDIATION

En cas de difficulté née de l'exécution ou de l'application du contrat et pour toute réclamation, le membre participant peut s'adresser directement à la Mutuelle en contactant le service en charge des réclamations au 353 boulevard du Président Wilson - CS 21645 - 33079 Bordeaux Cedex, afin d'envisager une résolution du litige destinée à satisfaire les deux parties.

En cas de désaccord, et après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations en vigueur au sein de la Mutuelle, le membre participant peut demander l'avis du médiateur en s'adressant à Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 Paris cedex 15 ou par mail à l'adresse : mediation@mutualite.fr

ARTICLE 28 – FORCLUSION

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être adressées à la Mutuelle dans un délai de vingt-quatre (24) mois à compter de la date des soins ou de facture.

Pour la gratuité nouveau-né et enfant adopté, ce délai est ramené à trois (3) mois à compter de la naissance ou de l'adoption.

ARTICLE 29 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations régies par le présent Règlement est prescrite par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci visées aux articles 2240 et suivants du Code civil :
 - reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
 - demande en justice, même en référé, ou porté devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
 - mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution,
 - acte d'exécution forcée,
- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 30 – SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée à concurrence du montant des prestations qu'elle a versées dans les droits et actions des membres participants, et de leurs ayants droit contre les tiers responsables. Cette disposition est applicable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique ou d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident susceptible d'entraîner la mise en jeu des dispositions précédentes, le membre participant s'engage à informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de la survenance de cet accident. Le membre participant s'engage également à communiquer à la Mutuelle tous les documents et informations dont elle pourrait avoir besoin pour exercer son recours.

D'autre part, la Mutuelle est subrogée pour la récupération, auprès des organismes obligatoires, des parts légales avancées par elle pour le compte de ses membres participants et de leurs ayants droit par la pratique du tiers payant.

ARTICLE 31 – CONTRÔLE MÉDICAL ET TECHNIQUE

Le contrôle médical est assuré par les médecins consultants de la Mutuelle. Ils peuvent être en même temps conseils pour les caisses de Sécurité sociale. Pour exercer ce contrôle, le médecin consultant s'entendra avec les praticiens et devra s'en tenir aux règles de la déontologie médicale. Les membres participants s'engagent expressément à ne faire aucun obstacle au double contrôle médical et technique.

ARTICLE 32 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, relative à l'informatique et aux libertés, le membre participant peut demander à tout moment communication et rectification des informations le concernant figurant sur les fichiers à l'usage de la Mutuelle, en s'adressant au siège de la Mutuelle.

Pour la réalisation de l'objet défini à l'article 1 des présentes Conditions générales valant Notice d'information, la Mutuelle peut mettre en œuvre un traitement de données personnelles permettant d'identifier, directement ou par recoupement, ses adhérents actuels ou potentiels. Ce traitement aura lieu uniquement sur le territoire français.

Ce traitement a été préalablement déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et répond aux caractéristiques ci-dessous :

a) Les données collectées seront uniquement utilisées pour la prospection des adhérents potentiels, la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des

primes ou cotisations, leur répartition éventuelle entre les co-assureurs, le commissionnement des intermédiaires...), le suivi des prestations de la Mutuelle (notamment la détermination et le paiement des indemnités et prestations et s'il y a lieu pour l'apériteur, leur collecte auprès des co-assureurs, l'exécution des dispositions prévues au contrat et l'exercice des recours...) ou à des fins statistiques.

b) L'accès à ces données personnelles est réservé aux services de la Mutuelle qui sont en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, ainsi qu'aux adhérents ou bénéficiaires des prestations, organismes de sécurité sociale, organismes administratifs et judiciaires définis par la loi, et organes de contrôle de la Mutuelle.

c) Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat, ce contrat devant comporter l'engagement du sous-traitant d'assurer la sécurité des données et de ne les traiter que conformément aux instructions de la Mutuelle.

d) La Mutuelle informera les adhérents lors de chaque collecte, du caractère obligatoire ou facultatif des informations demandées.

Il est rappelé que l'adhérent, de même que toute personne concernée par les données, peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au siège de la Mutuelle. Le délai de réponse de la Mutuelle est fixé à deux mois, conformément à l'article 94 du décret du 20 octobre 2005. Toute personne peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.

ARTICLE 33 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, Eovi-Mcd mutuelle est fondée, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance et de contrôle, à demander au Souscripteur toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'établissement du contrat collectif ou à sa modification.

ARTICLE 34 – FONDS D'ACTION SOCIALE

ARTICLE 34.1 – OBJET DU FONDS D'ACTION SOCIALE

La Mutuelle dispose d'un fonds d'action sociale en faveur de ses adhérents dont elle assume la gestion. Il a pour vocation de venir en aide à ces derniers en cas de grandes difficultés.

ARTICLE 34.2 – BÉNÉFICIAIRES DES AIDES

Les bénéficiaires du fonds d'action sociale sont les membres participants et ayants droit.

ARTICLE 34.3 – FINANCEMENT DU FONDS SOCIAL

Le budget du fonds social, et les orientations politiques qui justifient l'engagement des fonds disponibles, sont votés annuellement par l'Assemblée générale.

ARTICLE 34.4 – NATURE DES AIDES

Les actions sociales concernent les domaines suivants :

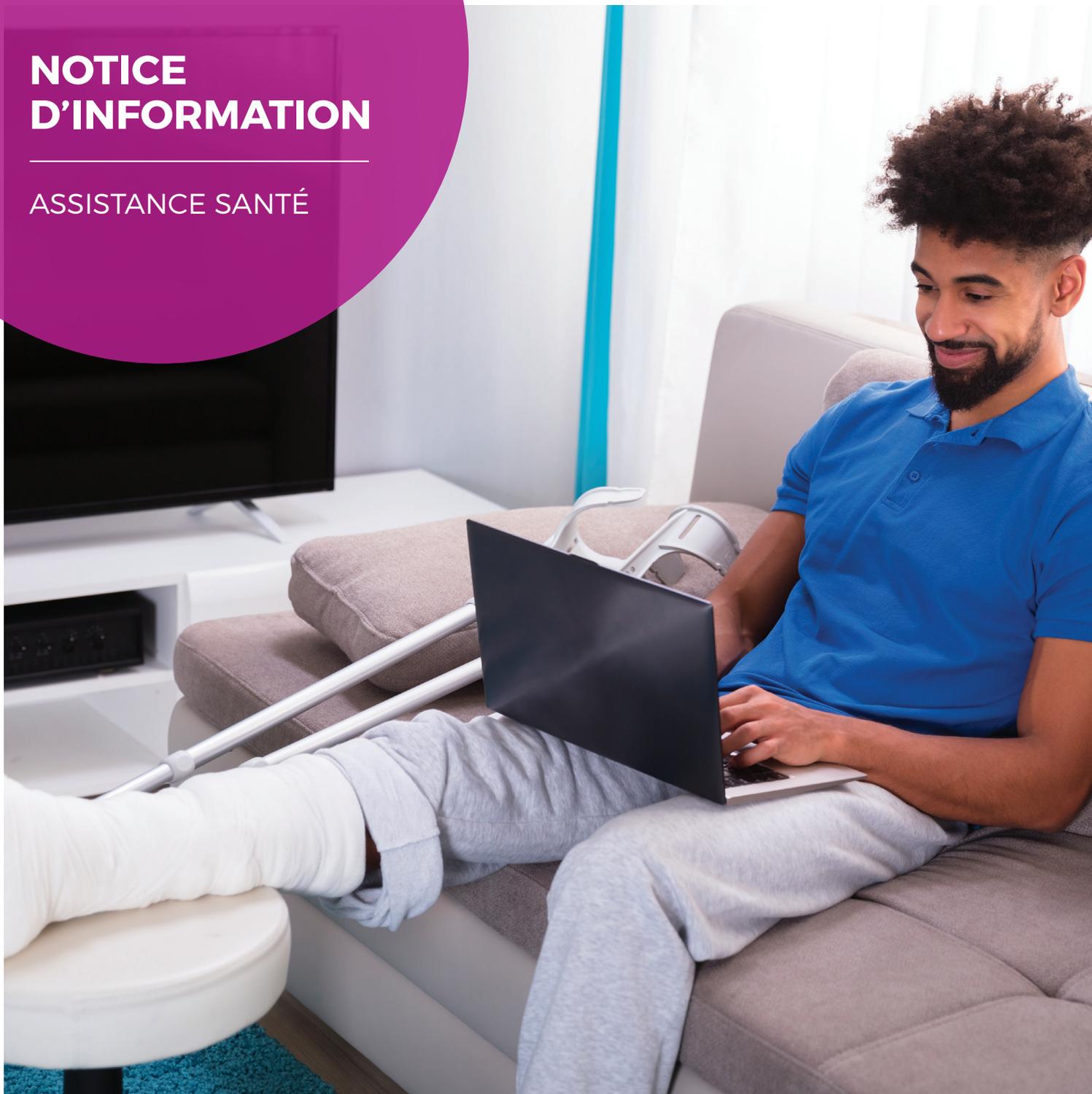
- Les aides aux prestations sanitaires et sociales : Soins ambulatoires (dentaire, optique, prothèses auditives, frais d'appareillage, hors nomenclature), hospitalisation (forfait journalier, dépassements chirurgicaux, chambre particulière), social (frais de transport, travaux d'aménagement du domicile et/ou du véhicule, séances d'ergothérapie, matériel spécifique, aide à domicile, frais d'accompagnant, frais d'hébergement), divers (frais d'obsèques, autres).
- Les aides exceptionnelles répondant à des situations particulièrement graves vécues par les adhérents.

ARTICLE 35 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9.

NOTICE D'INFORMATION

ASSISTANCE SANTÉ



Parce que certaines situations peuvent perturber la vie de famille et nécessitent un accompagnement de proximité, le Groupe AÉSIO vous propose un service d'assistance renforcé et adapté à vos besoins. Les équipes sont à votre écoute, 24h/24 et 7j/7.

ASSISTANCE SANTÉ

05 49 76 98 20



La convention d'assistance présentée ci-après propose des garanties d'assistance à domicile aux adhérents ayant un contrat « Assistance santé » auprès du Groupe AÉSIO.

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, ci-après dénommée IMA, 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 40000 - 79033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

GARANTIES D'ASSISTANCE	P.04
1 - Accompagnement dès la souscription.....	p.04
2 - Évènement traumatissant.....	p.04
3 - Garanties en cas d'hospitalisation, d'immobilisation au domicile, de maternité, de décès.....	p.04
4 - Garanties complémentaires en cas d'immobilisation au domicile	p.05
5 - Garanties famille.....	p.05
6 - Garanties complémentaires en cas de maternité	p.06
7 - Garanties liées à une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie.....	p.06
8 - Garanties complémentaires en cas de handicap	p.06
9 - Garanties complémentaires liées au décès.....	p.07
10 - Conditions d'application de l'assistance déplacement	p.08
11 - Hospitalisation ou immobilisation au cours d'un déplacement.....	p.08
12 - Condition d'application de l'assistance d'aide aux aidants	p.08
13 - Maintien à domicile en cas de survenance ou d'aggravation de perte d'autonomie de l'aidé.....	p.09
14 - Hospitalisation imprévue ou immobilisation imprévue ou besoin de répit de l'aidant	p.09
15 - Garanties complémentaires liées à l'hospitalisation imprévue ou immobilisation imprévue de l'aidant.....	p.09
16 - Garanties complémentaires en cas de besoin de répit de l'aidant	p.10
17 - Garanties complémentaires en cas de décès de l'aidé	p.10
CONDITIONS D'APPLICATION	P.11
DÉFINITIONS	P.14

1 - ACCOMPAGNEMENT DÈS LA SOUSCRIPTION

1.1. CONSEIL SOCIAL

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

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

1.2. INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger...

1.3. CONSEIL MÉDICAL

Une équipe médicale communique, dans les 48h, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse (examens à effectuer, médicaments proscrits), nourrisson (alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations), troubles du sommeil, gestion du stress, conseil dépistage cancer, médicaments, vaccins, risques médicaux, etc.

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

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

1.4. MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE

À la demande de l'adhérent, IMA peut lui transmettre les coordonnées d'un prestataire de service à domicile.

2 - ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT

2.1. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'évènements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires (décès d'un proche, accident, maladie, handicap, difficultés professionnelles, risques psycho-sociaux, difficultés scolaires, conduite à risque, ...).

IMA organise et prend en charge selon la situation jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

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

2.2. GESTION DE CRISE SUR SITE

En cas d'évènements traumatisants au sein de l'entreprise adhérente tels qu'agression d'un salarié, suicide d'un salarié, accident sur le lieu de travail, ... et à la demande de cette dernière.

IMA organise et prend en charge la venue d'un psychologue clinicien sur site. La garantie est limitée à une intervention d'une journée (6 heures consécutives) par semaine pendant les 3 semaines suivant l'évènement.

3 - GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION, D'IMMOBILISATION AU DOMICILE, DE MATERNITÉ, DE DÉCÈS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent, ou de son conjoint, ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent, ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent, ou de son conjoint, ou une immobilisation programmée de plus de 10 jours de l'adhérent, ou de son conjoint.

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

En cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours.

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

3.1. AIDE À DOMICILE

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

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 6 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 15 jours. Cette garantie est mise en œuvre du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Cette garantie est également applicable en cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou à la naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25^e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32^e semaine d'aménorrhée révolue) ou en cas de naissance multiple, alors le nombre d'heures attribué ne pourra excéder 12 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.

3.2. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

IMA organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux domestiques vivant au domicile, chez un proche ou dans une pension animalière, pendant 30 jours maximum et dans la limite de 300 €.

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

3.3. SERVICES DE PROXIMITÉ

IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 15 jours :

- **Coiffure à domicile**

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

- **Pédicure à domicile**

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

- **Portage de repas**

La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas* par semaine lorsque ni

GARANTIES D'ASSISTANCE

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

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

• Livraison de courses

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

• Portage d'espèces

- Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile,
- le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €, lorsque l'adhérent, ou son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer. La garantie est limitée à 1 fois par évènement. La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai de 30 jours.

4 - GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE

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

IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 15 jours :

• Livraison de médicaments

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

• Accompagnement aux courses

La venue d'un prestataire, afin d'aider l'adhérent ou son conjoint à effectuer les courses de proximité à raison de 2 heures maximum par intervention, dans un rayon de 50 kilomètres du domicile. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent. Si l'accompagnement aux courses est effectué avec le véhicule du prestataire, les frais kilométriques sont également à sa charge.

5 - GARANTIES FAMILLE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent, ou de son conjoint, ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent, ou de son conjoint, ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 24 heures de l'enfant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent, ou de son conjoint, ou une immobilisation programmée de plus de 10 jours de l'adhérent, ou de son conjoint ou une immobilisation programmée au domicile de plus de 24 heures de l'enfant.

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

En cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours ou en cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours

de l'adhérent, ou de son conjoint, ou à la naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25^e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32^e semaine d'aménorrhée révolue) ou en cas de naissance multiple.

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

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

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

• Le déplacement d'un proche

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

• Le transfert des enfants

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

• La garde des enfants

La garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 8 heures par jour ouvrable sur 5 jours consécutifs.

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

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par semaine répartis sur une période de 4 semaines. Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

Cette garantie est également applicable en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 4 jours de la garde salariée habituelle des enfants ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

5.3. PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

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

• Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour en France d'un proche pour garder les ascendants au domicile.

• Le transfert des ascendants chez un proche

Le voyage aller-retour en France des ascendants, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

• La garde des ascendants

La garde des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 8 heures par jour ouvrable sur 5 jours consécutifs.

La garantie « garde des ascendants » peut également être mise en œuvre en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 4 jours ou d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

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

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue de plus de 16 jours d'un enfant.

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile. Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 10 heures maximum par semaine.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours.

5.5. REMPLAÇANTE DE GARDE D'ENFANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 4 jours de la garde salariée habituelle des enfants ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 8 heures par jour ouvrable sur 5 jours consécutifs.

6 - GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE MATERNITÉ

6.1. INFORMATIONS MÉDICALES NAISSANCE

Pendant la grossesse et à la naissance de l'enfant (adoption comprise).

Une équipe médicale communique, dans les 48 heures, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : grossesse, examens à effectuer, médicaments proscrits, alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations, etc.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence. La garantie doit être exécutée avant les 6 mois de l'enfant.

6.2. ACQUISITION DES GESTES 1^{ER} ENFANT

En cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours.

IMA organise et prend en charge l'envoi d'un intervenant qualifié au domicile pour faciliter l'acquisition des gestes liés à la maternité. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 4 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 15 jours suivant le retour au domicile.

7 - GARANTIES LIÉES À UNE PATHOLOGIE NÉCESSITANT UN TRAITEMENT PAR CHIMIOTHÉRAPIE OU RADIOTHÉRAPIE

En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie de l'adhérent, ou de son conjoint, ou en cas d'aggravation d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'adhérent, ou de son conjoint.

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

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

7.1. ENVELOPPE DE SERVICES

IMA met à la disposition du bénéficiaire une enveloppe de services limitée à 600 €.

Il ne sera accordé qu'une seule enveloppe, quel que soit le nombre de pathologie, sur une même période de 12 mois à compter de la date de la première demande. Le décompte sera effectué au fur et à mesure des besoins. Aucune modification ne sera faite dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

La valeur unitaire en euros des garanties listées ci-dessous est donnée à titre indicatif :

ENVELOPPE DE SERVICES	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE MOYENNE (indicatif)
Aide à domicile	1 heure	21 €
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	200 €
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	120 €
Livraison de médicaments	1 livraison	80 €
Livraison de courses	1 livraison	120 €
Portage de repas	1 livraison	40 €
Coiffure à domicile	1 déplacement	20 €
Entretien jardin	1 heure	40 €
Garde d'enfant	1 heure	40 €
Conduite à l'école	1 trajet aller et/ou retour par jour	80 €
Conduite aux activités extrascolaires	1 trajet aller et/ou retour par jour	80 €

* Déplacement par train 1^{re} classe ou avion classe économique. Hébergement dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

** Dans un rayon de 50 km.

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

8 - GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE HANDICAP

8.1. ACQUISITION DES GESTES 1^{ER} ENFANT

En cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours de l'adhérent, ou de son conjoint, handicapé visuel,

IMA organise et prend en charge l'envoi d'un intervenant qualifié au domicile pour faciliter l'acquisition des gestes liés à la maternité. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 8 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 30 jours suivant le retour au domicile.

8.2. PROFESSEUR DE LOCOMOTION

En cas de déménagement ou de changement d'emploi de l'adhérent, ou de son conjoint, handicapé visuel, nécessitant l'apprentissage du nouvel environnement ou en cas d'indisponibilité du chien guide de l'adhérent, ou de celui de son conjoint, handicapé visuel pour une durée prévisible de 30 jours minimum.

IMA organise la venue d'un professeur de locomotion et prend en charge le coût de cette garantie à concurrence de 8 heures dans les 30 jours qui suivent le déménagement, le changement d'emploi ou l'indisponibilité du chien guide. Un préavis de 15 jours maximum est requis pour la venue d'un intervenant qualifié en locomotion.

8.3. PRISE EN CHARGE DU CHIEN GUIDE OU DU CHIEN D'ASSISTANCE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent, ou de son conjoint, handicapé visuel ou moteur, maître d'un chien guide ou d'un chien d'assistance ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 2 jours de l'adhérent, ou de son conjoint, handicapé visuel ou moteur, maître d'un chien guide ou d'un chien d'assistance.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent, ou de son conjoint, handicapé visuel ou moteur, maître d'un chien guide ou d'un chien d'assistance ou une immobilisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent, ou de son conjoint, handicapé visuel ou moteur, maître d'un chien guide ou d'un chien d'assistance.

En cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours de l'adhérent, ou de son conjoint, handicapé visuel ou moteur, maître d'un chien guide ou d'un chien d'assistance.

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire de l'adhérent, ou de son conjoint, handicapé visuel ou moteur, maître d'un chien guide ou d'un chien d'assistance et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

En cas de décès de l'adhérent, ou de son conjoint, handicapé visuel ou moteur, maître d'un chien guide ou d'un chien d'assistance lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile.

IMA organise et prend en charge le transfert du chien guide ou du chien d'assistance vers l'école de dressage propriétaire du chien, ainsi que sa garde, à concurrence de 30 jours et dans la limite de 300 €.

8.4. AIDE AUX DÉMARCHES ADMINISTRATIVES

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de la personne habituellement en charge des démarches administratives pour le compte de l'adhérent, ou de son conjoint, handicapé visuel ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 2 jours de la personne habituellement en charge des démarches administratives pour le compte de l'adhérent, ou de son conjoint, handicapé visuel.

IMA organise et prend en charge, dès le 1^{er} jour de l'évènement, la venue d'une aide qualifiée au domicile de l'adhérent, à concurrence de 8 heures, dans la limite de 30 jours, à compter de la date d'hospitalisation ou d'immobilisation.

8.5. ACCOMPAGNEMENT DE L'ADHÉRENT HANDICAPÉ MOTEUR POUR UN EXAMEN MÉDICAL

En cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures ou d'immobilisation supérieure à 2 jours et si impossibilité pour l'adhérent se déplaçant en fauteuil roulant de se rendre seul sur son lieu d'examen à l'hôpital ou dans un cabinet de radiographie pour la réalisation de radiographies, scanners, IRM ou tout autre examen médical, qu'aucun proche ne peut l'accompagner, que le lieu d'examen se situe à moins de 50 kilomètres du domicile et qu'il doit être déplacé, soulevé, manipulé au cours de l'examen.

IMA organise et prend en charge jusqu'à 2 transports aller-retour de l'adhérent du domicile vers son lieu d'examen par le moyen le plus adapté ou la mise à disposition d'un intervenant qualifié qui l'assistera sur le lieu de l'examen. La garantie est mise en œuvre dans les 30 jours suivants l'évènement.

9 - GARANTIES COMPLÉMENTAIRES LIÉES AU DÉCÈS

9.1. ENREGISTREMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS

Avant décès - Recueil des volontés

IMA met en relation l'adhérent avec un opérateur funéraire conventionné afin de recueillir ses dernières volontés (inhumation ou crémation, type de cérémonie, sépulture, fleurs et plaques, personnes à prévenir, choix des pompes funèbres, etc.).

L'adhérent peut à tout moment modifier et/ou supprimer ses dernières volontés auprès de l'opérateur funéraire, responsable de la gestion du fichier des volontés, sur demande écrite jusqu'à 3 fois sans frais. Ce document et les informations qu'il contient n'ont pas valeur de testament.

Après décès - Restitution des volontés

En cas de décès, les volontés seront restituées au proche qui en fera la demande.

9.2. RAPATRIEMENT DE CORPS

En cas de décès de l'adhérent, ou de son conjoint, à plus de 50 kilomètres du domicile.

IMA organise et prend en charge le transport du corps, dans la limite de 3 000 €. Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France métropolitaine si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, ou dans la collectivité de résidence si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante (entrée de gamme) si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès. Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille.

9.3. DÉPLACEMENT D'UN PROCHE SUR LE LIEU DU DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent, ou de son conjoint, à plus de 50 kilomètres du domicile.

Si la présence d'un proche sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du bénéficiaire décédé, IMA organise et prend en charge son déplacement aller-retour par train 1^{re} classe ou par avion classe économique, ainsi que son hébergement pour 5 nuits maximum, petits déjeuners inclus, à concurrence de **75 € par nuit**.

9.4. RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS

En cas de décès de l'adhérent, ou de son conjoint, à plus de 50 kilomètres du domicile.

IMA organise et prend en charge le transport des autres bénéficiaires par le moyen le plus approprié, dès lors que ceux-ci ne peuvent utiliser les moyens prévus pour leur retour au domicile, dans la limite de 500 €.

9.5. AIDE AUX DÉMARCHES

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

Afin d'aider les proches, IMA organise et prend en charge la mise à

GARANTIES D'ASSISTANCE

disposition d'un taxi dans les 30 jours suivants le décès et dans la limite de 155 €.

9.6. MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

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

IMA communique les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour aider les proches à organiser les obsèques et pour leur apporter des conseils sur des devis obsèques.

9.7. AVANCE DE FONDS

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

IMA peut également faire l'avance des frais y afférents, dans la limite de 3 050 €. La somme avancée sera remboursable dans un délai de 30 jours.

ASSISTANCE DÉPLACEMENT

10 - CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

10.1. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance Déplacement s'appliquent en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible d'un bénéficiaire survenu lors d'un déplacement à but touristique ou professionnel, d'une durée inférieure à 90 jours, **dans les conditions spécifiées à chaque article et dans la limite d'une seule garantie par évènement.**

10.2. APPLICATION DES GARANTIES

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

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

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

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

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle.

IMA ne participe pas, après coup, aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA peut apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

11 - HOSPITALISATION OU IMMOBILISATION AU COURS D'UN DÉPLACEMENT

11.1. VOYAGE ALLER-RETOUR D'UN PROCHE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 5 jours de l'adhérent, ou de son conjoint, lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile.

Lorsque le bénéficiaire blessé ou malade doit rester hospitalisé et qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA organise et prend en charge en France le déplacement aller-retour d'un proche par train 1^{re} classe ou

avion classe économique.

IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 5 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 75 € par nuit.

11.2. RAPATRIEMENT MÉDICAL

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue de l'adhérent, ou de son conjoint, lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile.

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

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

Si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, IMA organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires à leur domicile. Lorsque le rapatriement concerne un enfant de moins de 16 ans non accompagné, IMA organise et prend en charge systématiquement le voyage aller-retour d'un proche, afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement. Lorsque le voyage d'un proche est impossible, IMA fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS

12 - CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS

12.1. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent lorsque l'adhérent devient aidant ou aidé, ou en cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé, ou en cas d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible de l'aidant entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,

dans les conditions spécifiées à chaque article et dans la limite d'une seule garantie par évènement.

12.2. INTERVENTION

12.2.1. Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable, toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites à l'article 14 « HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE L'AIDANT » doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'immobilisation au domicile ou la sortie d'une hospitalisation. Passé ce délai aucune garantie ne sera accordée.

12.2.2. Application des garanties

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

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

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle. **IMA ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative.** Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA apprécie leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA en outre-mer, elles sont prises en charge par IMA dans la limite des

GARANTIES D'ASSISTANCE

barèmes retenus en France métropolitaine. Cette prise en charge est conditionnée à l'accord préalable d'IMA et la présentation par le bénéficiaire de justificatifs.

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

13.1. TÉLÉASSISTANCE

IMA prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 6 mois.

Les frais d'accès au service comprennent l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé et si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité et si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence. Au-delà de la prise en charge d'IMA, l'aidant ou l'aidé peuvent demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.

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

13.2. NUTRITION PRÉVENTION SANTÉ

Chaque bénéficiaire peut solliciter, 5 fois sur une période de 12 mois, des conseils diététiques par téléphone, du lundi au vendredi, de 9h à 17h hors jours fériés, plus particulièrement :

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

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

13.3. BILAN MOBILITÉ

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

Cette garantie effectuée par un éducateur en activité physique adaptée prend en compte un bilan d'1h30 au domicile du bénéficiaire avec notamment des propositions d'exercices à faire chez soi pour préserver son capital santé, un bilan des capacités d'équilibre et de marche pour l'aidé ou l'évaluation des capacités physiques générales, etc. et un accès illimité à des cours collectifs pendant un trimestre en fonction des disponibilités des associations locales. Le cas échéant, 3 séances de coaching au domicile du bénéficiaire.

14 - HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU IMMOBILISATION IMPRÉVUE OU BESOIN DE RÉPIT DE L'AIDANT

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'aidant ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 2 jours de l'aidant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 24 heures de l'aidant ou une immobilisation programmée de plus de 2 jours de l'aidant.

14.1. BILAN SOCIAL

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

Il identifie avec l'aidant les solutions les plus adaptées à la situation :

- **choix du lieu de vie,**
- **recherche des aides financières possibles,**

- **identifier les ressources locales (accueil de jours, associations, etc.)**
- **mise en place de l'organisation la plus pertinente,**
- **identification des priorités et envoi d'une synthèse à l'aidant, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.**

Cette garantie est mise en œuvre du lundi au vendredi, hors jours fériés, et est mise en œuvre dans les 12 mois suivant l'évènement.

14.2. ACCOMPAGNEMENT À L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT

IMA prend en charge, sur présentation de justificatifs et dans la limite de 300 €, le placement temporaire de l'aidé en accueil de jour, ou de nuit, ou le transport de l'aidé vers un établissement spécialisé.

14.3. GARDE DE NUIT DE L'AIDÉ

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 4 jours de l'aidant, ou en cas d'accident, ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 4 jours de l'aidant.

IMA organise et prend en charge la venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de nuit de l'aidé (entre 20h et 8h, hors week-end et jours fériés), à raison de 2 nuits consécutives maximum par an.

La garantie est mise en œuvre dans les 12 mois suivant l'évènement.

Les garanties ci-dessus sont également mises en œuvre en cas de besoin de répit de l'aidant, dûment justifié par un certificat médical et moyennant un délai de prévenance de 7 jours, dans la limite d'un besoin de répit de l'aidant par an.

15 - GARANTIES COMPLÉMENTAIRES LIÉES À L'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE L'AIDANT

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'aidant ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 2 jours de l'aidant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 24 heures de l'aidant ou une immobilisation programmée de plus de 2 jours de l'aidant.

15.1. AIDE À DOMICILE

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 15 heures sur 15 jours, à raison de 2 heures minimum par intervention. Cette garantie est mise en œuvre du lundi au vendredi, hors jours fériés.

15.2. SERVICES DE PROXIMITÉ

IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 15 jours :

- **Coiffure à domicile**

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'aidé a besoin de soin de coiffure. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par évènement. Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

- **Pédicure à domicile**

Le déplacement d'un pédicure lorsque l'aidé a besoin de soin de pédicure à domicile. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par évènement. Le prix de la prestation du pédicure demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

• Portage de repas

La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas* par semaine lorsque ni l'aidant, ni les proches ne sont en mesure de préparer les repas pour l'aidé ou de les faire préparer par l'entourage.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

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

* Sont considérés comme repas : le déjeuner et le dîner.

Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.

• Livraison de courses

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

• Portage d'espèces

- Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile

- le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 € lorsque l'aidant ou l'aidé ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer.

La garantie est limitée à 1 fois par événement.

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

15.3. BILAN SITUATIONNEL AU DOMICILE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 4 jours de l'aidant ou en cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 4 jours de l'aidant.

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

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

Cette garantie est mise en œuvre dans les 12 mois suivant l'évènement et est limitée à 1 bilan par an.

16 - GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE BESOIN DE RÉPIT DE L'AIDANT

En cas de besoin de répit de l'aidant, dûment justifié par un certificat médical et moyennant un délai de prévenance de 7 jours, IMA organise et prend en charge les garanties ci-dessous. Ces garanties sont mises en œuvre dans la limite d'un besoin de répit de l'aidant par an.

16.1. ENVELOPPE DE SERVICES

IMA met à la disposition de l'aidant et de son aidé une enveloppe de services limitée à 300 €, sur présentation de justificatifs. Il ne sera accordé qu'une seule enveloppe sur une même période de 12 mois à compter de la date de la première demande. Le décompte sera effectué au fur et à mesure des besoins.

Aucune modification ne sera faite dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

La valeur unitaire en euros des garanties listées ci-dessous est donnée à titre indicatif :

ENVELOPPE DE SERVICES RÉPIT DE L'ASSURÉ AIDANT	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE MOYENNE (indicatif)
Auxiliaire de vie	1 heure	40 €
Aide-ménagère	1 heure	21 €
Présence d'un proche au domicile de l'aidé	1 déplacement aller et/ou retour*	200 €
Transfert de l'aidé chez un proche	1 déplacement aller et/ou retour*	200 €
Livraison de médicaments	1 livraison	80 €
Portage de repas	1 livraison	40 €
Livraison de courses	1 livraison	120 €
Coiffure à domicile	1 déplacement	20 €
Portage d'espèces	1 livraison	80 €

* Déplacement par train 1^{re} classe ou avion classe économique. Hébergement dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

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

16.2. GARDE DE JOUR DE L'AIDÉ

Dès lors que l'aidant doit s'absenter pour un rendez-vous médical ou professionnel, IMA organise et prend en charge la venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé (entre 8h et 20h, hors week-end et jours fériés).

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 12 heures à raison de 2 heures minimum par intervention (dont 2 heures pour la venue si nécessaire d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'aidé). Ces heures peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins. La planification des heures déjà accordée par IMA ne peut être modifiée lors des appels ultérieurs.

La garantie est mise en œuvre dans les 12 mois suivant l'évènement.

17 - GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE DÉCÈS DE L'AIDÉ

ACCOMPAGNEMENT BUDGÉTAIRE

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

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 6 entretiens téléphoniques avec un Conseiller en Économie Sociale et Familiale sur 12 mois.

17.1. RÉACTIVATION DES LIENS SOCIAUX

IMA prend en charge, sur présentation d'un justificatif, l'inscription à une association par l'aidant, dans la limite de 50 € par an.

CONDITIONS D'APPLICATION

IMA intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

05 49 76 98 20

CONDITIONS D'APPLICATION ASSISTANCE À DOMICILE

FAITS GÉNÉRATEURS

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

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée ou une immobilisation programmée,
- de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation au domicile,
- de naissance ou d'adoption,
- de séjour prolongé à la maternité,
- de grossesse pathologique avec alitement,
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation,
- de décès,
- d'évènement traumatisant,
- en cas de situation de crise en entreprise,

dans les conditions spécifiées à chaque article et dans la limite d'une seule garantie par évènement.

INTERVENTION

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

DÉLAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 3.2, 3.3, 4, 5, 6.2 et 8 doit être exercée au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'immobilisation au domicile, la sortie d'une hospitalisation ou de la maternité, le décès. Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide à domicile prévue aux articles 3.1 et 15.1 et pour la garantie auxiliaire de vie prévue aux articles 14.3 et 16.2, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'immobilisation au domicile, de la sortie d'une hospitalisation ou du décès. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

Illustration : en cas d'appel le 10^e jour, la garantie est alors plafonnée à 5 jours.

APPLICATION DES GARANTIES

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

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

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un centre de convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations. **En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.**

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle. **IMA ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative.** Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA apprécie leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA en outre-mer, elles sont prises en charge par IMA dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine. Cette prise en charge est conditionnée à l'accord préalable d'IMA et la présentation par le bénéficiaire de justificatifs.

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

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

TERRITORIALITÉ

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

- si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine,
- si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité d'outre-mer de résidence de l'adhérent.

Les garanties décès s'appliquent pour tout décès survenu en France. Les garanties déplacement sont accordées pour tout déplacement à but touristique ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours en France à plus de 50 kilomètres du domicile.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

IMA se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, certificat d'invalidité, etc.).

CONDITIONS D'APPLICATION

La mise en œuvre des garanties « aide aux aidants » est soumise à la transmission :

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

EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

INFRACTION

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

FAUSSE DÉCLARATION

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

FORCE MAJEURE

IMA 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, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

REFUS DU BÉNÉFICIAIRE

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

EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- les hospitalisations dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques,
- les hospitalisations 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,
- les hospitalisations liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences,
- les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES POUR L'ASSISTANCE DÉCÈS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.
- les décès consécutifs à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités

non autorisées par les autorités locales, à la pratique, à titre professionnel, de tout sport, à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée, à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallies, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien, à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance), aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES POUR L'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

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

VIE DU CONTRAT

DURÉE DES GARANTIES ET RÉSILIATION

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat « Assistance santé » souscrit par l'adhérent auprès d'une mutuelle du Groupe AÉSIO.

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès d'une mutuelle du Groupe AÉSIO pour tout événement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par le Groupe AÉSIO auprès d'IMA. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court pas :

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

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

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

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

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

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

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

IMA, en qualité de sous-traitant des mutuelles du Groupe AÉSIO (EOVI MCD MUTUELLE, 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité. N° Siren 317 442 176, ADRÉA MUTUELLE 25, place de la Madeleine - 75008 PARIS - Mutuelle n° 311 799 878, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et APREVA MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - SIREN n° 775 627 391 au 30 avenue Denis Cordonnier 59000 LILLE) collecte directement, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat,
- des données relatives à la situation familiale,
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres,
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices,
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés,
- des données médicales.

Ces données sont utilisées par IMA pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- la gestion des contrats d'assistance,
- l'exécution des contrats d'assistance,
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux,
- les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le

suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction),

- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption,
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires d'IMA chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires d'IMA chargés de l'exécution de ces garanties, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA de communiquer les informations médicales susceptibles d'être collectées à tout professionnel devant en connaître pour accomplir la mission qui lui est confiée par IMA. Dans ces conditions, les bénéficiaires reconnaissent libérer les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des garanties de leur obligation de secret professionnel sur les informations médicales.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès d'IMA, aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques - 118 avenue de Paris - 79000 Niort - dpo@ima.eu .

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Réclamations. Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

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

ACCIDENT CORPOREL

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

ADHÉRENT

Adhérent ayant souscrit un contrat « Assistance santé » auprès d'une mutuelle du Groupe AÉSIO

AIDANT

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

AIDÉ

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

AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

- Modification de l'état de dépendance d'une personne attestée par le changement de catégorie de l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH),
- ou l'évolution des droits pour la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- ou le changement de classement GIR de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

ANIMAUX DOMESTIQUES

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

ASSUREUR

IMA, SA au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, siège :118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, 481.511.632 RCS Niort, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

BÉNÉFICIAIRES

L'adhérent, les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs. Pour l'assistance aux aidants : l'adhérent et l'aidé si l'adhérent est en situation d'aidant.

BESOIN DE RÉPIT

Besoin de repos, consécutif à un épuisement physique ou moral de l'aidant, qui doit permettre à celui-ci de reprendre des forces afin de continuer d'assumer son rôle.

CENTRE DE CONVALESCENCE

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces centres de convalescence ne sont donc pas considérés comme des hospitalisations.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, n'incluant pas de nuit d'hospitalisation.

DOMICILE

Pour l'assistance à domicile et en déplacement : lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France. Pour l'assistance aux aidants : lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'aidant ou de l'aidé en France. Ne sont pas assimilés au domicile les établissements, médicalisés ou non, ayant pour vocation d'accueillir des personnes en perte d'autonomie.

FRANCE

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

IMMOBILISATION

L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

INTERVENTION CHIRURGICALE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'hospitalisation.

HANDICAP

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

MALADIE

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue : altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée ou d'immobilisation programmée : altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

PERTE D'AUTONOMIE

État d'une personne qui relève des droits à l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

PROCHE

Ascendant direct, conjoint de droit ou de fait, descendant direct. Toute personne vivant au domicile de l'adhérent.



**L'assistance du Groupe AÉSIO intervient 24h/24
à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant**

| 05 49 76 98 20 |