CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT Apivia Vitamin'

VALANT NOTICE D'INFORMATION À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

CG_VITAMIN_ME-AG_201911_3

CENTRE DE GESTION

Adresse de correspondance

Apivia Courtage - 108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 TOURS Cedex 2 - Tél. 02 47 70 40 70 - Fax : 02 47 70 40 75
E-mail : sante.contact@apivia-courtage.fr

SAS au capital de 20 000 000 €, dont le siège social est situé 108 rue Ronsard - 37100 TOURS
RCS n° 490 625 662 - ORIAS n° 09 051 617.

L'ORGANISME ASSUREUR

Apivia Mutuelle, dont le siège social est situé 45 à 49 av. Jean Moulin 17000 LA ROCHELLE, Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 775 709 710. Tél. 05 46 45 04 04 - Fax 05 46 31 13 95 - www. apivia.fr

Le contrat groupe à adhésion facultative, est souscrit par l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA, association régie par la loi du 1er juillet 1901, déclarée à la Préfecture d'Indre-et-Loire sous le numéro W372004901 et publiée au Journal Officiel de la République Française, dont le siège social est à Tours (Indre-et-Loire), 108 rue Ronsard, auprès d'Apivia Mutuelle sise à La Rochelle, 17000, 45-49 avenue Jean Moulin, soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite sous le numéro SIREN 775 709 710, dénommée ci-après «l'ORGANISME ASSUREUR».

La distribution et la gestion ont été déléguées à Apivia Courtage, dénommée ci-après le « CENTRE DE GESTION », SAS au capital de 20 000 000 euros, dont le siège social est au 108 rue Ronsard 37100 Tours, enregistrée au RCS Tours sous le n° 490 625 662, société de courtage d'assurances, ayant garantie financière et assurance de responsabilité civile conforme aux articles L530-1 et L530-2 du code des assurances, immatriculée à l'ORIAS sous le n° 09 051 617 : www.orias.fr.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA domiciliés en Métropole et dans les Antilles ou en Guyane.

Il est soumis au droit français et régi par le code de la mutualité ou de la sécurité sociale, ou par des organismes d'assurance habilités relevant du code des assurances, ainsi que par les statuts de l'ORGANISME ASSUREUR.

L'autorité chargée du contrôle de ces organismes à l'exception de l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA, est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 09.

Les cinq premiers niveaux du produit « Apivia Vitamin' », respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code, et s'adapteront automatiquement à la réglementation en vigueur en matière de réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé »).

Le niveau six (6) de garanties de « Apivia Vitamin' » n'est pas un contrat « responsable et solidaire », au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale. Le niveau 6 n'est donc pas éligible au régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin ».

ARTICLE 1: OBJET DU CONTRAT

1.1. Le contrat « Apivia Vitamin' » a pour objet, selon les présentes conditions générales, et en fonction de l'option choisie, de compléter dans la limite maximum des frais réellement exposés les prestations versées à l'occasion d'une hospitalisation suite à maladie, accident ou maternité, par la Sécurité Sociale dont relève l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) du contrat. Il intervient en complément du régime de base.

1.2. Le contrat offre le choix entre 6 niveaux de garantie et 4 packs optionnels dont les garanties et prestations figurent sur le tableau de prestations annexé aux conditions générales du présent contrat.

La souscription des packs optionnels est conditionnée au niveau de garantie souscrit.

1.3. La validité des garanties et dispositions du contrat s'exercent, sauf dérogation expresse, sur tout le territoire national, départements d'outre-mer inclus. Les garanties sont étendues aux maladies et accidents survenus à l'étranger, dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu aux remboursements par la Sécurité Sociale dont dépend l'assuré.

1.4. Sont adossées en inclusion sur le contrat, conformément à l'article L221-3 du code de la mutualité:

• **Une garantie assistance** souscrite auprès d'IMA ASSURANCES, SA 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, 79 000 NIORT, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

• **Une garantie protection juridique médicale** souscrite auprès de Matmut Protection Juridique, SA à directoire et conseil de surveillance au capital de 7 500 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège est situé 66 rue de Sotteville, 76 100 ROUEN, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Rouen sous le numéro 423 499 391 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest - CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

Le détail des notices d'information valant conditions générales des garanties assistance et protection juridique médicale est reporté en suivant des présentes.

1.5. Les montants de remboursement sont exprimés en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité Sociale (base de remboursement) ou sous la forme d'un forfait.

Ces forfaits et montants de remboursement sont valables par année d'assurance à compter de la date anniversaire du contrat et par assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euro.

ARTICLE 2: LIMITES D'ÂGE À L'ADHÉSION

Les adhésions peuvent être souscrites sans limite d'âge.

ARTICLE 3: BÉNÉFICIAIRES

Sont considérés comme bénéficiaires du Membre Participant :

• son conjoint assuré social (ou la personne, assurée sociale, qui vit maritalement avec le Membre Participant ou qui lui est lié par un pacte civil de solidarité).

• les enfants assurés sociaux jusqu'à 25 ans et appartenant à l'une des catégories suivantes :

- Etudiants, apprentis, à la recherche d'un premier emploi à condition d'être inscrits comme tels auprès de Pôle Emploi, ou en service civique.

• les personnes considérées par la Sécurité sociale comme étant à sa charge.

Les enfants ayants droit ne peuvent adhérer seuls, et sont obligatoirement rattachés à l'adhérent principal ou à son conjoint pour le bénéfice des garanties.

Par dérogation, et pour simplifier la souscription, peuvent être enregistrés sur le bulletin d'adhésion:

- Les enfants de plus de 20 ans ou de 26 ans, en tenant compte de la cotisation liée à leur âge. Ils ne rentrent pas dans la règle de la gratuité liée au 3è enfant.
- Les ascendants à charge.

ARTICLE 4: GARANTIES - FORFAITS - PLAFONDS

Le tableau des garanties est annexé aux présentes conditions générales

4.1. Le contrat, aux termes de l'article 1 des présentes conditions générales, et selon leurs dispositions, assure, en complément du régime obligatoire, le remboursement des frais de santé sous forme de prestations variables et/ou forfaitaires dont les montants sont détaillés dans le tableau de prestations ci-dessous

4.2. Ces forfaits sont valables par année d'assurance à compter de la date d'effet du contrat et par bénéficiaire, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

4.3. Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débuté postérieurement à la date d'effet de l'adhésion et durant la période garantie.

4.4. Le total des remboursements de la Sécurité Sociale et de l'ORGANISME ASSUREUR est toujours, et au maximum, strictement limité au montant des dépenses réellement engagées. Le cumul des prestations perçues par l'assuré ne peut dépasser le montant total des frais réellement exposés.

4.5. Contenu, entrée en vigueur et durée des garanties :

4.5.1. En cas d'hospitalisation :

Le contrat intervient pour toute hospitalisation prise en charge par la Sécurité Sociale. Le montant des remboursements varie selon que l'établissement hospitalier est conventionné ou non, et dans les termes exprimés par l'article GARANTIES – FORFAITS - PLAFONDS des conditions générales.

Honoraires des chirurgiens et anesthésistes et actes en secteur hospitalier :

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une hospitalisation ou à une intervention chirurgicale dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Frais de séjour et hospitalisation :

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à la charge de l'assuré après un remboursement partiel de la Sécurité Sociale. S'il s'agit d'un établissement non conventionné, les frais de séjour seront remboursés dans la limite d'un montant exprimé en pourcentage de la base de remboursement retenue par la Sécurité Sociale.

Sont également pris en charge au titre de cette garantie les séjours et hospitalisations suivants, effectués au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par la Sécurité Sociale :

- les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec hospitalisation, les frais de maisons d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,

- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants, et substances analogues,

- toute hospitalisation pour motif psychiatrique.

Forfait journalier hospitalier :

Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements hospitaliers sert à couvrir les frais d'hébergements et d'entretien entraînés par une hospitalisation supérieure à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

Le forfait journalier est garanti dans la limite de la participation prévue au tableau des prestations. Il n'est pas garanti s'il est facturé par les

établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Chambre particulière :

Dans le cadre d'une hospitalisation avec hébergement (nuitée), l'assuré bénéficie de la garantie chambre particulière, et dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations :

- Dans le cadre de la garantie de base : pour des séjours en médecine, chirurgie, maternité, ainsi que pour des séjours en réadaptation fonctionnelle, rééducation, moyen séjour, cures, convalescence,
- Dans le cadre du Pack Optionnel « **hospitalisation et honoraires** » : sont pris également en charge les séjours psychiatrique et assimilés dans la limite de 30 jours par an.

Frais d'accompagnant :

En cas d'hospitalisation, la garantie prévoit le versement d'un forfait exprimé par jour et par bénéficiaire prenant en charge le cas échéant les frais de repas et le lit de l'accompagnant, dans les limites du plafond journalier.

Frais de transport :

Les frais de transport ne sont remboursés que s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale et d'un remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Frais confort à l'hôpital :

Les frais de confort à l'hôpital (Télévision, internet, téléphone, presse), sont pris en charge dans la limite de la dépense engagée lors de toute hospitalisation d'au moins 1 nuit. Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait hospitalisation à la journée. Prise en charge jusqu'à 20 jours par séjour, sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée.

Forfait hospitalisation à la journée :

Participation aux frais engagés lors d'une hospitalisation dite à la journée. Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait confort hospitalier. Remboursement sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée.

Frais de soins et de séjour à l'étranger :

Sont pris en charge vos frais médicaux chirurgicaux et/ou d'Hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité Sociale française, et dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

4.5.2. Optique :

A ce titre, quand le tableau des garanties indique que le montant du remboursement d'un équipement optique est supérieur au ticket modérateur, le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 tous les 2 ans par bénéficiaire, sauf pour les enfants de moins de 18 ans (16 ans à partir du 1er janvier 2020) ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, où les forfaits s'appliquent pour les frais engagés par période d'un an.

Le forfait attribué pour la monture selon les décrets en vigueur ne pourra pas excéder 150 € jusqu'au 31/12/2019 et 100 € à partir du 01/01/2020.

Lentilles de correction et Intervention sur l'œil et implants oculaires

Les frais liés à l'achat des lentilles (remboursées ou non remboursées) ainsi que les frais liés à l'intervention sur l'œil et implants oculaires non remboursables par le régime obligatoire sont pris en charge dans la limite des montants et forfaits prévus au tableau des prestations.

Le forfait « intervention sur l'œil et implants oculaires » non remboursé est accordé par année d'assurance et par œil.

4.5.3. Dentaire :

Les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologiste ainsi que les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux sont remboursables dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations, à la condition qu'ils fassent l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

Bonus fidélité dentaire :

Les remboursements des prothèses dentaires remboursables par la Sécurité Sociale, sont majorés en complément du montant souscrit de 25% à compter de la date anniversaire du contrat, dès la 2ème année, et en suivant de 25% à compter de l'échéance anniversaire du contrat dès la 3ème année. Le bonus fidélité s'applique à chaque membre inscrit au contrat.

Frais « dentaire non remboursés » par le régime obligatoire :

- Dans le cadre de la garantie de base : ce forfait est destiné à couvrir les dépenses de :
  - soins dentaires, prothèses dentaires et d'implants non remboursées par le régime obligatoire.

Le montant est exprimé par acte et en nombre d'actes par an et par bénéficiaire.

- Dans le cadre du pack optionnel « optique-dentaire-audio » : ce forfait est destiné à couvrir les dépenses de :
  - parodontologie et d'orthodontie non remboursée par le régime obligatoire.

Le montant de 150€ s'entend par acte et dans la limite du nombre d'actes prévu dans la garantie de base.

- Ces forfaits sont pris en charge par année d'assurance et par bénéficiaire.

4.5.4. Aides auditives :

Les prothèses auditives ainsi que l'entretien, piles et accessoires pris en charge par la Sécurité Sociale sont remboursées dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

4.5.5. Soins courants :

Honoraires médicaux, consultations, visites :

Les garanties honoraires médicaux, consultations, visites pratiqués pour une consultation aux cabinets d'un médecin, spécialiste ou professeur ou pour une visite effectuée par ces derniers au domicile de l'assuré ou pour une consultation en milieu hospitalier donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Pour les autres consultations et visites réalisées hors parcours de soin coordonnés, elles ne donnent pas lieu à la prise en charge de la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la Sécurité Sociale) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables.

La majoration pour frais de déplacement, actes de nuit ou le dimanche et soins d'urgence sont pris en charge suite à un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

Actes techniques médicaux :

Les actes techniques médicaux sont des actes de spécialités effectués hors hospitalisation et donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations suite à un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

Analyses / actes de biologie / radiologie :

Les frais d'analyses, d'actes de biologie et de radiologie sont pris en charge. Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité Sociale donnant ainsi lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Honoraires paramédicaux :

Les honoraires des orthophonistes, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthoptistes sont pris en charge.

Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité Sociale, donnant ainsi lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Médicaments, Vaccins, Homéopathie (remboursés par la Sécurité Sociale) :

Le contrat prend en charge les médicaments remboursables par la Sécurité Sociale, abstraction faite de la franchise médicale qu'elle applique en vertu des contrats responsables, remboursés à 65%, 30% et 15% par la Sécurité Sociale.

Matériel médical :

Les prothèses d'orthopédie, capillaires et mammaires ainsi que tout appareillage (hors auditif et optique) pris en charge par la Sécurité Sociale sont remboursés dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

4.5.6. Bien-être et prévention :

Médecines douces :

Ce forfait est destiné à couvrir des dépenses liées à des consultations Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Etiopathie, Homéopathie, Naturopathie, Podologie/Pédicure, Diététicien -Nutritionniste et Hypnose Thérapeutique non prises en charge par la Sécurité Sociale et donnant lieu à un remboursement par séance et dans la limite d'un nombre maximum de séances prévu au tableau des prestations. Cette garantie n'est pas couverte dans le niveau 1.

Cures thermales prescrites (remboursées par la sécurité sociale) :

Les cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale donnent lieu au remboursement des soins, honoraires, des frais de transport et de séjours dans la limite de 100% de la base de remboursement retenue par la Sécurité Sociale.
A ce ticket modérateur et dans la limite réelle des frais engagés, s'ajoute un forfait prévu au tableau des prestations selon le niveau choisi.

Pharmacie prescrite non remboursée et Automédication (inscrite au répertoire VIDAL) :

Ce forfait prend en charge les médicaments prescrits par un professionnel de santé autorisés à prescrire des médicaments dans son domaine, et répertoriés au Vidal, mais qui ne font plus l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale.

Concernant l'automédication, celle-ci a été définie en France par le Conseil de l'Ordre des médecins comme « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM (autorisation de mise sur le Marché délivrée par l'ANSM agence nationale de sécurité du médicament), avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens. » Cette définition a été retenue par le Comité permanent des médecins européens.

Remboursement sur facture acquittée émise par une pharmacie.

Dépistage et prévention (actes non remboursés par la sécurité sociale) :

Le contrat prend en charge des dépenses de prévention non remboursées par les régimes obligatoires, dans la limite du forfait prévu au tableau des prestations selon le niveau choisi par année d'assurance à compter de la date d'effet du contrat.

> vaccins prescrits non pris en charge y compris les vaccins recommandés aux voyageurs par le conseil supérieur d'hygiène publique de France (fièvre jaune, rage, typhoïde, hépatite A, méningite à méningocoques…),

> traitement antipaludéen pour les voyages,

> substituts nicotiniques,

> médicaments de l'ostéoporose non pris en charge par la Sécurité Sociale mais délivrés en pharmacie,

> matériel de surveillance d'hypertension (auto-tensiomètre) - homologué AFSSAPS-(www.afssaps.fr) ; ce matériel étant « familial », un seul remboursement par contrat sera pris en charge.

4.5.7. Packs Optionnels :

Ces packs optionnels permettent d'améliorer le remboursement des prestations et dans les limites prévues au tableau de prestations.

Les packs « **hospitalisation et honoraires** », pack « **optique-dentaire-audio** », pack « **bien-être et prévention** » 1, pack « **bien-être et prévention** » 2, peuvent être souscrits en complément des niveaux 2 à 5, individuellement ou cumulativement, à l'exception des packs « bien-être » qui ne peuvent être cumulés.

L'adhésion aux différents packs optionnels choisis s'appliquera à l'ensemble de la famille, elle peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article « MODIFICATIONS » ci-après).

Forfait lumière bleue : ce forfait prend en charge les équipements d'optique non correctifs anti-lumière bleue, remboursement sur présentation d'une facture acquittée.

Forfait Basse vision/Malvoyance : ce forfait prend en charge les équipements adaptés pour les assurés concernés par la basse vision/malvoyance, sur présentation d'une facture acquittée.

Les frais d'abonnement sportif sont pris en charge pour tout adhérent licencié d'un club, d'une association sportive ou inscrit dans une salle de sport sur présentation de l'abonnement acquitté.

Le forfait naissance est versé à l'assuré suite à la naissance ou l'adoption d'enfant mineur et pour chaque enfant. Ce forfait est subordonné à l'enregistrement de l'enfant en qualité de bénéficiaire, au paiement le cas échéant de la cotisation complémentaire correspondante, et à la réception par le CENTRE DE GESTION de l'acte de naissance accompagné de la demande d'enregistrement dans le mois qui suit la naissance.

Dépistage et prévention : cancers (col de l'utérus, colon, sein), glaucome, troubles de l'audition. Prise en charge de consultations et analyses biologiques non prises en charge par le régime obligatoire, dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Le contrat bénéficie également :

En inclusion :

D'une garantie assistance et de protection juridique médicale, dont le détail est reporté en suivant des présentes.

4.6.

Ce que le contrat ne prend pas en charge

Le contrat ayant la qualité de contrat « responsable », il ne prendra pas en charge :

- **la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins,**
- **les dépassements d'honoraires en dehors du parcours de soins,**
- **les participations forfaitaires prélevées par le régime obligatoire (II de l'article L 322-2 du code de la sécurité sociale),**
- **les séjours en gérontologie, en instituts médico-pédagogiques et établissements similaires,**
- **les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours,**
- **les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour,**
- **les soins esthétiques, les cures de toute nature (sauf disposition prévue à l'article 4.5.6) et la thalassothérapie.**

ARTICLE 5: MODALITES DE REMBOURSEMENT

5.1. Pour chaque garantie, le montant des remboursements est défini au sein du tableau des garanties en fonction du niveau souscrit par l'assuré et de la nature des dépenses médicales. Les niveaux des prestations optiques sont établis en fonction de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) en vigueur.

Les montants de remboursement sont exprimés :

• en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité Sociale (base de remboursement) ;

• ou sous la forme d'un forfait. Ces forfaits sont valables par année d'assurance à compter de la date d'effet du contrat et par assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale et dans la limite des garanties. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle.
Le cumul des divers remboursements obtenus par un membre participant ne peut excéder la dépense réelle. Dans le cas où les soins ont été engagés hors de France, le remboursement se fait sur la base des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie obligatoire française, et qui figurent dans la nomenclature des actes.

5.2. Si l'assuré bénéficie de la télétransmission des informations entre la Sécurité Sociale et l'ORGANISME ASSUREUR, les remboursements s'effectueront automatiquement. Dans les autres cas, ou si l'assuré n'utilise pas le système de télétransmission lors de sa dépense de santé (exemple : lorsqu'il ne paie que la part complémentaire des frais médicaux), il doit adresser en suivant de l'indemnisation par la Sécurité Sociale :

A l'ORGANISME ASSUREUR (à adresser au service prestations d'Apivia Mutuelle - CS 30000 - 79077 Niort Cedex 9)
• les décomptes originaux délivrés par la Sécurité Sociale,
• les originaux des notes ou factures acquittées détaillant les actes, les prestations réalisées, les montants payés, les montants de base de remboursement et les pourcentages d'intervention de la Sécurité Sociale,
• Les photocopies des notifications par l'assurance maladie obligatoire concernant le refus de la prise en charge des actes ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés,
ou
AU CENTRE DE GESTION
• les pièces officielles d'état civil (bulletin de naissance, acte de décès, certificat d'hérédité…) permettant le paiement de prestations forfaitaires telles qu'une indemnité en cas de naissance ou en cas de décès d'un assuré,
• toutes pièces portées sur les notes d'information des garanties en inclusion ou en option qui auraient pu être souscrites, nécessaires à l'instruction et au paiement des sinistres.

Le règlement des prestations qui ne sont pas servies directement aux professionnels de santé suivant les accords de tiers payant, s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant

Par ailleurs, l'ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit de demander tout document ou justificatif complémentaire qu'elle jugera nécessaire, à l'assuré ou au professionnel de santé, permettant le remboursement des frais médicaux demandés ou bien à des fins de contrôle a priori ou a posteriori, et ce dans un délai équivalent aux règles de prescription du contrat (voir article relatif à la prescription dans les conditions générales).

5.3. Pour l'ensemble des soins, seule la date de l'ordonnance, de la prescription ou de l'exécution des actes est prise en considération pour déterminer l'ouverture des droits.

Les prestations ne sont dues que pour des soins et traitements reçus postérieurement à la date d'effet du contrat (quelle que soit la date d'apparition de la maladie ou de l'accident), et en tout état de cause avant la date de prise d'effet de la résiliation du contrat.

5.4. Toute demande de prestation pour être recevable, doit être présentée dans les 24 mois suivant la date de l'évènement à indemniser. La mutuelle conserve les documents transmis selon leur type dans le respect des règles définies en interne.

5.5. Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par Apivia Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Le bénéficiaire recevant, de quelqu'organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

Le bénéficiaire des prestations est déchu de tout droit à remboursement s'il a utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux (présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation ...). La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux. Les prestations déjà versées par la mutuelle se révélant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

5.6. Suivi des prestations « EN TEMPS RÉEL » :

• INTERNET (www.apivia.fr). Suivi du remboursement des prestations 7 jours / 7 et 24h / 24.

• SERVICE E-MAIL (service gratuit d'information aux adhérents) :

Inscription préalable de l'adhérent sur le site www.apivia.fr pour notifier son adresse e-mail. En suivant et à chaque remboursement et quel qu'en soit le montant, l'adhérent reçoit un courrier électronique indiquant le montant du règlement qui vient d'être adressé.

ARTICLE 6: TIERS PAYANT

6.1. Pour faciliter l'accès aux soins, Apivia Mutuelle a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, un contrat de prestation de service auprès d'un gestionnaire industriel du Tiers Payant.

6.2. Une carte mutualiste est délivrée en 2 exemplaires aux membres participants.

6.3. L'assuré (l'adhérent ou un bénéficiaire) qui cesse, pour quelque raison que ce soit, de bénéficier des garanties (contrat résilié, radiation de bénéficiaire), ne doit plus utiliser sa carte de tiers payant et s'engage à la détruire immédiatement, sous peine de poursuite.

Si, en cas d'utilisation de sa carte de tiers payant auprès d'un praticien ou d'établissement hospitalier alors que les droits ne sont pas ouverts, le membre participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la mutuelle pour son compte. Apivia Mutuelle se réserve le droit de récupérer toutes les sommes indûment versées, par tous moyens à sa convenance ou en déduction des prestations à venir.

ARTICLE 7: ADHÉSION

7.1. Hormis l'appartenance à la Sécurité Sociale, et sous réserve des limites d'âge définies aux présentes, aucune condition n'est requise pour adhérer au présent contrat.

7.2. L'adhésion s'effectue au moyen d'un bulletin d'adhésion sur lequel doivent figurer l'adresse du souscripteur, l'état civil, la profession, le numéro d'organisme d'affiliation et le numéro d'immatriculation de l'assuré et de chacun des bénéficiaires désignés. La date d'adhésion souhaitée, l'option choisie ainsi que la fréquence et le mode de paiement des cotisations qui s'y rattachent, y sont également désignés.

7.3. La date d'effet de l'adhésion est toujours fixée au premier jour du mois. Par dérogation, la date d'effet pourra être fixée rétroactivement au 1er jour du mois en cours si l'adhésion est réceptionnée au plus tard le 15 du mois ; passé ce délai, elle sera reportée au 1er jour du mois suivant. La date valant date de souscription est celle portée à la signature de l'adhésion et ce, indépendamment de la date d'effet.

ARTICLE 8: DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

8.1. La date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le bulletin d'adhésion et mentionnée au certificat d'adhésion.

8.2. D'une manière générale, les garanties du contrat entrent en vigueur à partir de la date d'effet de l'adhésion, telle que figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'application des dispositions relatives aux garanties et les droits de l'adhérent hospitalisé à la date d'effet de l'adhésion ne sont ouverts que le lendemain suivant sa sortie d'hospitalisation, y compris en cas de transfert d'établissement.

8.3. En aucun cas, les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ne pourront être pris en considération et ne pourront donner lieu à un quelconque remboursement. Toutefois, les garanties santé (hors autres garanties incluses ou annexes) seront acquises pour tout événement, soudain, imprévisible ou accidentel survenu entre la date de souscription et la date d'effet du contrat, dès lors que l'adhérent justifie d'une absence de garanties dans la période concernée et seulement pour des dossiers réceptionnés entre le 15 et le dernier jour du mois avec une prise d'effet au 1er du mois suivant.

ARTICLE 9: DROIT DE RÉTRACTATION

Dans le cadre d'une adhésion souscrite à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours à compter de la conclusion du contrat pour revenir sur sa décision et ce, conformément à l'art L221-18 du code de la consommation.

Suivant les dispositions des articles L221-21 et 22 du code de la consommation, l'adhérent informe le CENTRE DE GESTION de sa décision de rétractation en lui adressant, avant l'expiration du délai de 14 jours, le formulaire de rétractation mis à disposition conformément aux articles L221-5 à 7 du même code, ou toute autre déclaration, dénuée d'ambiguïté, exprimant sa volonté de se rétracter.

• La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et son éventuelle rétractation.
• En cas de rétractation, l'adhérent est informé que :
- Si des prestations ont été versées, il s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 14 jours.
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 14 jours.

Vous trouverez ci-dessous les informations nécessaires à l'exercice de votre droit de rétractation (ANNEXE aux articles R.221-2 à 4 du code de la consommation).

Vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif dans un délai de quatorze jours.

Le délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat.

Pour exercer le droit de rétractation, vous devez notifier au CENTRE DE GESTION votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste, télécopie ou courrier électronique). Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de rétractation mais ce n'est pas obligatoire.

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre communication relative à l'exercice du droit de rétractation avant l'expiration du délai de rétractation.

Effets de rétractation

En cas de rétractation de votre part du présent contrat, nous vous rembourserons tous les paiements reçus de vous, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours à compter du jour où nous sommes informés de votre décision de rétractation du présent contrat. Nous procéderons au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous aurez utilisé pour la transaction initiale, sauf si vous convenez expressément d'un moyen différent ; en tout état de cause, ce remboursement n'occasionnera pas de frais pour vous.

Vous devrez le cas échéant, nous rembourser les prestations versées, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard 14 jours après notre demande de remboursement ou de restitution, faisant suite à votre décision de rétractation.

MODÈLE DE FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

(ANNEXE à l'article R221-1 du code de la consommation)

Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire ***uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat,*** *en l'adressant par courrier, fax ou mail* ***dans le délai de 14 jours****, à l'attention de :*

Apivia Courtage - 108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 Tours Cedex 2 Email : **contact@apivia-courtage.fr;** Fax : 02 47 70 40 75

Je vous notifie par la présente ma rétractation de mon adhésion au contrat complémentaire santé : _____

Signé le : _____

Nom de l'adhérent : _____

Adresse de l'adhérent : _____

_____

N° sécurité sociale de l'adhérent : _____

Nom du Courtier qui vous a démarché : _____

Si des cotisations ont été perçues, je vous prie de me rembourser les cotisations, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie.

Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Date : _____

Signature de l'adhérent : _____

(signature uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier).

ARTICLE 10: CERTIFICAT D'ADHÉSION - TABLEAU DES GARANTIES

Passé les délais légaux de renonciation, l'assuré reçoit son certificat d'adhésion porteur des conditions particulières de son contrat : date d'effet de l'adhésion, échéance principale, nom de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, option choisie, détail des cotisations, éventuels délais d'attente ainsi que sa carte de tiers payant, sous réserve de l'encaissement des cotisations dues.

Seules sont accordées à l'assuré et/ou au(x) bénéficiaire(s), les garanties mentionnées à son certificat d'adhésion et dont le détail figure sur son tableau des garanties.

ARTICLE 11: DURÉE DE L'ADHÉSION

11.1. L'échéance principale du contrat est la date d'anniversaire du contrat.

11.2. Le contrat est souscrit pour une première période d'assurance de 12 mois à compter de la date d'effet, résiliable à l'échéance dans le respect de l'article relatif à la résiliation.

Le contrat est ensuite tacitement reconduit chaque année à compter de la date anniversaire du contrat à l'exclusion de sa résiliation dans les conditions précisées par l'article relatif à la résiliation.

ARTICLE 12: MODIFICATIONS

12.1. Pendant la première période d'assurance de 12 mois, suivant la date d'effet de l'adhésion, l'assuré ne peut ni changer de niveau de garantie, ni de pack optionnel, ni demander aucune réduction, augmentation ou extension de ses garanties sauf dans le cas d'un changement de situation matrimoniale ou familiale, ou de domicile entraînant une modification tarifaire du contrat fixée par l'ORGANISME ASSUREUR. Dès que l'ORGANISME ASSUREUR a connaissance d'un événement, la modification du contrat est effectuée, soit pour l'extension des garanties au bénéfice d'enfants nouveau-nés, soit par la réduction de la cotisation, consécutivement au décès d'un bénéficiaire, ou par le changement de domicile.

12.2. A l'issue de cette première période de 12 mois, l'assuré peut faire procéder à toute modification de son contrat en respectant les modalités ci-dessous :

• Modifier le niveau de garantie uniquement à chaque date anniversaire du contrat en présentant une demande écrite avant la date d'échéance anniversaire.
• Souscrire à tout moment un pack optionnel comprenant un engagement de 12 mois minimum avec prise d'effet au mieux au 1er jour du mois qui suit la demande
• Résilier après 12 mois minimum un pack optionnel avec effet de la radiation au mieux au 1er jour du mois qui suit la demande
• Modifier son niveau de garantie en cours d'année aux seuls motifs suivants :
- changement de situation matrimoniale et familiale ;
- changement de régime matrimonial ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;
- changement de situation professionnelle ou de profession.
Ces modifications doivent faire l'objet d'une demande écrite accompagnée des justificatifs au moins un mois avant l'événement.

ARTICLE 13: RÉSILIATION

13.1. Loi Evin

Eu égard à la loi EVIN n° 89-10009 qui dispose que les garanties délivrées revêtent un caractère viager, l'assuré seul dispose de la faculté de résilier son contrat (excepté la résiliation par l'assureur de l'adhésion pour non-paiement de cotisation).

13.2. Loi Chatel

Le contrat collectif à adhésion facultative dénommé à l'article 1 n'entre pas dans le champ d'application de la Loi CHATEL n°2005-67 du 28 janvier 2005.

13.3. Résiliation à l'échéance

La résiliation du contrat peut être demandée à la date anniversaire de la prise d'effet du contrat moyennant un préavis d'au moins deux mois (le cachet de la poste faisant foi).

Sous peine d'irrecevabilité, l'adhérent doit signer sa demande de résiliation et l'adresser au CENTRE DE GESTION, par lettre recommandée ou en recommandé électronique (système homologué). A défaut, il devra justifier d'un mandat.

13.4. Dénonciation pour modification des droits

Conformément à l'article L221-6 du code de la mutualité, l'adhérent dispose, en cas de modification par la Mutuelle de ses droits et obligations, dans le cadre du contrat collectif à adhésion facultative auquel il est rattaché, d'un délai d'un mois à compter de l'information reçue, pour dénoncer son adhésion en raison de cette modification.

Sous peine d'irrecevabilité, l'adhérent doit signer sa demande de dénonciation et l'adresser au CENTRE DE GESTION par courrier ou par e-mail, accompagnée le cas échéant d'un justificatif.

13.5. Faculté de résiliation anticipée :

En cas de survenance d'un des événements suivants :

• décès ;
• changement de domicile ;
• changement de situation matrimoniale ;
• changement de régime matrimonial ;
• changement de profession ;
• retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation

antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification dans les conditions fixées par décret. Le CENTRE DE GESTION rembourse la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation. Toutefois, en cas de résiliation de l'adhésion pour cause de décès de l'adhérent, les cotisations échues et à échoir du mois dans lequel le décès a eu lieu sont de plein droit exigibles dans leur intégralité. La résiliation en cas de décès prendra effet au 1er jour du mois qui suit l'événement.

Sous peine d'irrecevabilité, l'adhérent doit signer sa demande de résiliation et l'adresser au CENTRE DE GESTION, par lettre recommandée ou en recommandé électronique (système homologué), accompagnée d'un justificatif. A défaut, il devra justifier d'un mandat.

13.6. Conséquence de la résiliation sur les prestations :

Aucune prestation ne peut être servie pour des soins effectués après la date de radiation. Dans le cas où l'assuré démissionnaire ou faisant l'objet d'une radiation pour non-paiement est redevable envers l'ORGANISME ASSUREUR d'une dette de quelque nature que ce soit, l'ORGANISME ASSUREUR est habilité de plein droit à opérer des retenues d'office sur les prestations auxquelles l'assuré peut prétendre jusqu'à due concurrence.

ARTICLE 14: OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

14.1. Ses garanties sont accordées à l'assuré à partir des informations qu'il s'engage à fournir de bonne foi en remplissant son bulletin d'adhésion. En cas de fausse déclaration et/ou de mauvaise foi avérée, le CENTRE DE GESTION ou l'ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit d'annuler purement et simplement l'adhésion, les cotisations versées lui restant acquises.

14.2. En cours de contrat l'assuré s'engage, à informer immédiatement le CENTRE DE GESTION, par courrier, par télécopie, par courrier électronique -à l'exclusion d'appels téléphoniques- de la survenance de tous événements tels qu'un changement de nom, d'adresse, de situation matrimoniale, de coordonnées bancaires, de régime social, ou de la composition de la famille.

14.3. L'assuré (l'adhérent ou un bénéficiaire) qui cesse, pour quelque raison que ce soit, de bénéficier des garanties (contrat résilié, radiation de bénéficiaire), ne doit plus utiliser sa carte de tiers payant et s'engage à la détruire immédiatement, sous peine de poursuite.

ARTICLE 15: COTISATIONS

15.1. Détermination des cotisations

15.1.1. Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation globale représentant la somme des cotisations individuelles ou familiales dues par l'assuré, pour lui-même, et pour chacun des éventuels autres bénéficiaires du contrat.

Le tarif en vigueur de l'option choisie indique le montant des cotisations individuelles ou familiales en fonction de l'âge atteint et du lieu de domicile du souscripteur. Cet âge est déterminé par la différence entre le millésime de l'année de souscription et celui de l'année de naissance.

15.1.2. Dans le cadre d'une adhésion comportant la garantie d'un ou plusieurs enfants de l'adhérent principal ou de son conjoint, il n'est pas perçu de cotisation enfant à partir du 3ème.

15.1.3. Par dérogation à la règle de la Sécurité Sociale, les enfants immatriculés ou non conservent le bénéfice de la tarification enfant jusqu'à leur vingtième anniversaire ou 25ème anniversaire (se reporter à l'article bénéficiaires). En suivant, ils sont considérés comme un adulte et adhèrent à titre individuel à un produit de la gamme, ou s'ils le souhaitent, restent sous le couvert du contrat des parents, en payant une cotisation liée à leur âge, sans notion de gratuité.

15.1.4. La cotisation globale comprend la rémunération de l'entreprise d'assurance et ses intermédiaires versée sous forme de commissions.

15.2. Ajustement des cotisations

A chaque date anniversaire du contrat, lorsque l'assuré et/ou les autres bénéficiaires passent dans la tranche d'âge supérieure, les cotisations individuelles sont ajustées pour tenir compte du nouveau tarif applicable au nouvel âge atteint.

Elles évoluent contractuellement à chaque échéance anniversaire du contrat, en fonction de l'âge des assurés.

Les cotisations peuvent varier en cas de changement de domicile du souscripteur ou de l'assuré, dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

15.3. Augmentation des cotisations

A chaque date anniversaire du contrat, et en application des décisions de l'assemblée générale de l'ORGANISME ASSUREUR, les cotisations du contrat peuvent subir une augmentation en fonction de ses résultats techniques fondée sur la consommation médicale de l'ensemble des assurés, et/ou en fonction de la « consommation médicale totale par habitant » publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi.

L'augmentation des cotisations du contrat qui serait rendue nécessaire, soit consécutivement au changement des conditions de remboursements des régimes obligatoires, soit dans le prolongement de toute décision de l'Etat en matière légale ou fiscale, pourrait toutefois et pour sa part intervenir en cours d'année d'adhésion.

En cas de modification des remboursements du ou des régimes obligatoires, l'ORGANISME ASSUREUR se réserve toutefois le droit de maintenir les conditions de remboursement qui étaient les siennes avant ladite modification.

15.4. Paiement et fractionnement des cotisations

15.4.1. Les cotisations sont payables annuellement et d'avance, quinze jours avant le début de la période d'assurance. Les assurés reçoivent à chaque année d'assurance l'appel de cotisation correspondant, qui est affecté à la couverture des prestations complémentaires santé couvertes par les mutuelles dans les conditions prévues par l'article L111-1 du code de la mutualité et par les organismes d'assurance pour les autres prestations souscrites par l'association ou l'ORGANISME ASSUREUR pour le compte de ses adhérents en conformité à l'article de ses statuts et à celui de l'article L221-3 du code de la mutualité.

À ces cotisations s'ajoutent :
• Les impôts, taxes et contributions perçus par l'Etat ou par toutes autres collectivités publiques, et dont l'assiette est constituée des cotisations encaissées par les mutuelles et/ou, par les organismes d'assurance.
• Les cotisations spéciales destinées aux unions ou fédérations auxquelles adhèrent les organismes d'assurance, cotisations dont le montant

et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.
• Les cotisations statutaires associatives.
• Les frais accessoires et éventuels frais de dossier.

15.4.2. Le paiement des cotisations peut toutefois être fractionné au semestre, au trimestre ou au mois. La première fraction de cotisation peut être réglée en espèces, au CENTRE DE GESTION, par mandat, par chèque, par carte bancaire ou par prélèvement automatique sur un compte bancaire à la signature de l'adhésion dans le cadre d'une vente « en agence » dite « face à face » ou d'une vente à distance, si l'adhérent a demandé expressément l'exécution immédiate et intégrale de son contrat.

Dans le cadre d'une souscription hors établissement (à domicile), il est rappelé qu'il ne pourra être réclamé à l'adhérent aucun paiement ni aucune contrepartie, sous quelque forme que ce soit, avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de la conclusion du contrat hors établissement, conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du code de la consommation.

Dans tous les cas, le CENTRE DE GESTION s'engage à ne pas prélever une quelconque cotisation avant l'extinction de tous délais légaux de renonciation.

Les autres fractions de cotisations sont payables d'avance par prélèvement bancaire au 5 au 10 ou au 15 de chaque périodicité mensuelle, trimestrielle, semestrielle, ou annuelle sans autre avis d'appel de cotisation, sauf après une modification changeant les cotisations. En cas de rejet du prélèvement pour provision insuffisante, le prélèvement pourra être représenté.

15.4.3. Pour un effet au 1er du mois en cours, les dossiers reçus et enregistrés avant le 15, si l'assuré opte pour un fractionnement mensuel, la 1ère fraction de cotisation y compris les frais de dossier seront prélevés à l'issue du délai légal de rétractation dans le mois concerné.

Si la date de réception du dossier ou le délai de rétractation ne permet pas le prélèvement de la 1ère fraction de cotisation dans le mois de la prise d'effet du contrat, ce dernier s'effectuera dans le mois qui suit.

La même règle s'applique pour un fractionnement trimestriel, semestriel ou annuel des fractions de cotisations restant à couvrir avant la prochaine périodicité.

15.4.4. Quelle que soit la date d'effet ou de résiliation, la cotisation mensuelle totale est redevable.

15.5. Défaut de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, le défaut de paiement d'une seule fraction dans les quinze jours de son échéance, entraîne l'exigibilité immédiate de l'intégralité de la cotisation annuelle.

Dans les conditions définies à l'article L 221-8 du code de la mutualité et à l'article L 113-3 du code des assurances, et à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les quinze jours de son échéance, et indépendamment du droit pour les organismes d'assurances de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, il est adressé à l'adhérent à son dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure l'informant que l'adhésion sera résiliée dans les quarante jours suivant la date d'envoi de cette lettre, si les cotisations restent impayées.

Suite aux prélèvements et à l'information par la banque d'un impayé ou d'un retard dans le paiement des cotisations, et au non-paiement des cotisations dans les délais qui lui sont impartis, l'assuré supportera les frais suivants :
• 10 euros pour un simple rappel ou le rejet du règlement par la banque pour motif imputable à l'assuré.

• 15 euros en cas de mise en demeure, auxquels il convient d'ajouter le coût d'un recommandé avec accusé de réception au moment de l'envoi (tarif fixé par les services postaux).

• Les frais de poursuite et de recouvrement suite à la résiliation du contrat.

• Une clause pénale égale à 20% du principal restant dû (cotisation et frais de recouvrement), auquel s'ajoutent les intérêts légaux.

En cas de procédure contentieuse, l'ensemble des frais de recouvrement, y compris ceux du prestataire pourront être demandés à la juridiction compétente.

ARTICLE 16: PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations mentionnées au contrat d'assurance est prescrite dans le délai de deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément aux articles L221-11, L221-12 et L221-12-1 du code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

• en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où l'ORGANISME ASSUREUR 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 de l'entreprise souscriptrice, du Membre Participant, de l'ayant droit contre l'ORGANISME ASSUREUR 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 peut être interrompue par :

• une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (demande en justice, reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie, mesure conservatoire ou acte d'exécution forcée)

• la désignation d'un expert

• l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'ORGANISME ASSUREUR ou le CENTRE DE GESTION à l'entreprise souscriptrice et ayant pour objet le règlement de la cotisation

• l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par le Membre Participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit et ayant pour objet le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 17: RÉCLAMATIONS auprès d'APIVIA

Nous vous rappelons que si vous avez besoin d'informations ou d'explications sur votre contrat d'assurance, vous pouvez vous adresser à votre interlocuteur habituel dont les coordonnées figurent sur vos documents (courtier ou service de gestion), ou contacter le service clientèle au 02.47.70.40.70.

17.1. Réclamation niveau 1

Si vous avez une réclamation à formuler ou un mécontentement à exprimer au sujet de votre contrat d'assurance :

- si cela concerne la gestion de votre contrat (mise à jour, cotisation, résiliation, annulation) vous pouvez écrire à : APIVIA Courtage – Service réclamation Santé - 108 rue Ronsard – CS 87323 –37073 TOURS Cedex 2, ou adresser un e-mail à : sante.reclamation@apivia-courtage.fr.

- si cela concerne le remboursement des prestations ou la prise en charge des soins, vous pouvez écrire à : APIVIA Mutuelle – Service Qualité - CS 30000 – 79077 NIORT Cedex 9, ou adresser un e-mail à : qualite@apivia.fr.

17.2. Réclamation niveau 2

En l'absence de réponse satisfaisante à votre réclamation, ou si un désaccord subsiste :

- si cela concerne la gestion de votre contrat (mise à jour, cotisation, résiliation, annulation) vous pouvez écrire à : APIVIA Courtage – Service Juridique - 108 rue Ronsard – CS 87323 –37073 TOURS Cedex 2, ou adresser un e-mail à : juridique@apivia-courtage.fr.

- si cela concerne le remboursement des prestations ou la prise en charge des soins, vous pouvez écrire à : APIVIA Mutuelle – Service Relation Clients - CS 30000 – 79077 NIORT Cedex 9.

17.3. Délais de réponse :

Nous nous attacherons à traiter votre réclamation dans les meilleurs délais (10 jours en niveau 1 et 15 jours en niveau 2) et au plus tard dans les délais réglementaires (60 jours maximum).

ARTICLE 18: MEDIATION

Si à l'issue de vos démarches, vous n'avez pas eu de réponse satisfaisante à vos réclamations, vous pouvez faire appel au Médiateur en lui écrivant à : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 ou en accédant à son site internet : www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur ne se déclarera compétent que si toutes les voies de recours internes (réclamations niveau 1 et réclamation niveau 2) ont été épuisées.

ARTICLE 19: SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres assurés servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration du sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions de l'article L221-14 (nullité du contrat) ou de l'article L221-15 (réduction des indemnités) du code de la mutualité.

ARTICLE 20: SUBROGATION

L'ORGANISME ASSUREUR est subrogé de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

ARTICLE 21: COMPENSATION

En cas de restitution des sommes versées par les parties en application des présentes, APIVIA Courtage est fondée à effectuer une compensation entre le remboursement des cotisations payées par l'adhérent et perçues par APIVIA Courtage, d'une part, et le remboursement du règlement des prestations payées par APIVIA Mutuelle au bénéfice de l'adhérent, d'autre part.

Si le remboursement du règlement des prestations est inférieur au montant payé par l'Adhérent au titre de la cotisation, APIVIA Courtage s'engage à rembourser le solde manquant. Au contraire, si le solde est supérieur, l'adhérent s'engage à rembourser le solde manquant à APIVIA MUTUELLE.

ARTICLE 22: INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Loi n°78-17 du 06/01/1978 modifiée par la loi du 06/08/2004

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre du contrat par le CENTRE DE GESTION, l'ORGANISME ASSUREUR et le Courtier apporteur, responsables du traitement, sont nécessaires au traitement informatique de votre contrat pour les finalités suivantes : souscription ou gestion de vos contrats d'assurances, gestion de vos sinistres et évaluation de votre satisfaction, gestion et évaluation du risque d'assurance, réalisation d'études statistiques, techniques et marketing, information et prospection commerciale.

Elles font également l'objet de traitements de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme et contre la fraude à l'assurance. Elles pourront être transmises aux entités et personnes désignées par la règlementation. La lutte contre la fraude à l'assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.
Dans le cadre de l'utilisation de vos données, les responsables du traitement s'engagent à respecter la politique externe de traitement des données, qui peut être communiquée aux adhérents sur simple demande.

En cas de sinistres corporels, des données de santé sont également collectées et traitées aux fins d'exécution du contrat et pour les mêmes finalités que celles visées ci-dessus.

Ces traitements ont un caractère obligatoire dans le cadre de la conclusion et de la gestion du présent contrat. À défaut, le contrat ne peut être conclu ou exécuté.

En communiquant vos informations personnelles, vous autorisez l'assureur à les partager en vue des mêmes finalités que celles précédemment indiquées au profit de ses sous-traitants, prestataires et partenaires, établissements et sociétés membres du Groupe intervenant dans le cadre du contrat.

Ces informations peuvent également être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées (pays de l'Union Européenne ou non membres de l'Union Européenne).

Conformément à la règlementation applicable, vous disposez sur vos données :

• d'un droit d'accès

• d'un droit de rectification,

• d'un droit d'opposition pour motifs légitimes

• d'un droit de portabilité

• d'un droit d'effacement et de limitation des informations vous concernant

• d'un droit d'organiser les conditions de conservation et de communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Pour exercer vos droits ou saisir le délégué à la protection des données personnelles, vous pouvez écrire à : Apivia Groupe Macif - correspondant DPO - Service Conformité - 108 rue Ronsard - 37100 Tours.

Les données sont conservées pendant la durée du contrat augmentée des prescriptions légales ou réglementaires, en l'espèce, de cinq ans.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Tél : 01 53 73 22 22.

ARTICLE 23: AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'ORGANISME ASSUREUR et du CENTRE DE GESTION est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, 75436 PARIS Cedex 09

Annexe des conditions générales :Tableau de garanties / **Apivia Vitamin'**

Extraits des notices d'informations, se conformer aux conditions générales annexées au bulletin d'adhésion. Les niveaux 1 à 5 sont responsables au sens du Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales. Les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires.

TP_VITAMIN_ME-AG_201908_2

Hospitalisation

	Niveaux responsables M1	M2	M3	M4	M5	Niveau non responsable M6
Honoraires des chirurgiens (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier **(DPTAM)**	100%	150%	200%	250%	300%	325%
BONUS FIDÉLITÉ (+25%) Dès la 2e année	125%	175%	225%	275%	325%	350%
Dès la 3e année	150%	200%	250%	300%	350%	375%
Honoraires des chirurgiens (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier **(hors DPTAM)**	100%	125%	150%	175%	200%	300%
Frais de séjour en établissement conventionné (y compris hospitalisation à domicile)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en établissement non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	150%
Forfait journalier Hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (avec nuitée) :						
Chirurgie - Médecine - Maternité - *Durée illimitée*	-	30€ / jour	50€ / jour	70€ / jour	90€ / jour	110€ / jour
Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation - *Durée limitée à 60 jours par an*	-	20€ / jour	30€ / jour	40€ / jour	50€ / jour	60€ / jour
Frais d'accompagnant **:** *Limités à 30 jours par an* Ascendant - Descendant - Collatéraux	-	15€ / jour	15€ / jour	20€ / jour	30€ / jour	40€ / jour
Frais de transport acceptés par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Confort à l'hôpital : *Dès la 1re nuit d'hospitalisation (1) - Limité à 20 jours par séjour* TV - Internet - Téléphone - Presse	-	10€/ jour	10€/ jour	10€/ jour	10€/ jour	10€/ jour
Forfait hospitalisation à la journée (2)	-	15€ / jour	15€ / jour	20€ / jour	30€ / jour	40€ / jour
Frais de soins et de séjour à l'étranger	100%	100%	100%	110%	130%	150%

Accident, hospitalisation urgente ou non (y compris en ambulatoire), maternité, pathologie lourde... Vous avez besoin d'aide ?
Apivia Assistance vous accompagne et vous apporte des solutions d'aide à la vie quotidienne : aide ménagère, fermeture du domicile quitté en urgence, garde d'animaux...

Optique (3)

Equipement 100% Santé - Sans reste à charge	Remboursement intégral					Rbt intégral
Equipement 2 verres simples + monture	100%	100€	200€	300€	400€	500€
Equipement 2 verres complexes ou hypercomplexes + monture	100%	200€	300€	400€	500€	800€
Equipement mixte (monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexe)	100%	150€	250€	350€	450€	650€
Dont monture - Jusqu'au 31/12/2019	100%	30€	50€	100€	150€	200€
À partir du 01/01/2020	100%	30€	50€	100€	100€	200€
Lentilles de correction remboursables ou non par le RO - *Par an*	100%	100€	150€	200€	250€	300€
Intervention sur l'œil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires - *Par œil et par an*	-	100€	200€	300€	400€	500€

Vous recherchez un ophtalmologue ou un opticien ? Géolocalisez les partenaires Santéclair depuis votre espace adhérent apivia.fr et profitez de tarifs négociés pour vous : jusqu'à moins 40% chez 3050 opticiens, moins 30% dans 45 centres de chirurgie réfractive...

Dentaire

Soins et prothèses 100% Santé - Sans reste à charge	Remboursement intégral					Rbt intégral
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO	100%	125%	150%	225%	300%	400%
BONUS FIDÉLITÉ (+25%) Dès la 2e année	125%	150%	175%	250%	325%	425%
Dès la 3e année	150%	175%	200%	275%	350%	450%
Orthodontie remboursée par le RO	100%	125%	150%	225%	300%	400%
Frais dentaires non remboursés par le RO : Prothèses - Implants et soins dentaires						
Montant par acte	-	-	200€	300€	400€	500€
Nombre d'actes par an	-	-	3 actes	3 actes	3 actes	4 actes

Aides auditives

Equipement 100% Santé - Sans reste à charge - *Par oreille et par an*	Remboursement intégral					Rbt intégral
Appareils auditifs (4) - *Par oreille*	100%	100% + 175€	100% + 350€	100% + 525€	100% + 700€	100% + 1050€
Entretien - Piles - Accessoires - *Par an*	100%	100%	100% + 30€	100% + 40€	100% + 50€	100% + 60€

Vous souhaitez consulter un audioprothésiste sélectionné sur des critères de qualité ? Découvrez les partenaires Santéclair sur votre espace adhérent apivia.fr et les nombreux avantages qui vous sont réservés : moins 35 % sur les aides auditives, 20% de remise sur les piles, 10% sur les produits d'entretien et accessoires, facilités de paiement...

Soins courants

Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie **(DPTAM)**	100%	125%	150%	175%	220%	300%
BONUS FIDÉLITÉ (+25%) Dès la 2e année	125%	150%	175%	200%	245%	325%
Dès la 3e année	150%	175%	200%	225%	270%	350%
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie **(hors DPTAM)**	100%	100%	125%	150%	200%	300%
Analyses - Examens de laboratoire	100%	100%	130%	175%	220%	300%
Honoraires paramédicaux : Orthophonistes - Infirmiers - Kinésithérapeutes - Orthoptistes	100%	100%	130%	175%	220%	300%
Médicaments, vaccins et homéopathie remboursés par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical : Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires, tout appareillage, hors auditif et optique	100%	125%	150%	175%	200%	250%
Frais de soins et de séjour à l'étranger	100%	100%	100%	110%	130%	150%

	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Bien-être & Prévention						
Médecines douces : Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture - Étiopathie - Homéopathie - Naturopathie - Podologie/pédicure - Diététicien/nutritionniste - Hypnose thérapeutique						
Montant par séance	-	20€ / séance	25€ / séance	30€ / séance	35€ / séance	40€ / séance
Nombre de séances par an	-	2	3	4	5	6
Cures thermales prescrites remboursées par le RO : Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement - *Par an*	-	100%	100% + 50€ / an	100% + 100€ / an	100% + 150€ / an	100% + 200€ / an
Dépistage et Prévention (actes non remboursés par le RO) : Vaccins prescrits non pris en charge - Traitement antipaludéen pour les voyages - Substituts nicotiniques (en complément de la Sécurité sociale) - Médicaments de l'ostéoporose - Matériel de surveillance hypertension homologué AFSSAPS - *Par an*	100€ / an	100 € / an	100€ / an	100€ / an	150€ / an	200€ /an
Avantages & Services						
Téléconsultation médicale	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Assistance santé (5) vie quotidienne 24h/24 & 7j/7	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Protection Juridique Médicale (5)	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Réseaux de soins SANTÉCLAIR	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Appli mobile : gestion compte adhérents / carte TP numérique	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Accompagnement en cas de maladies redoutées (10% réduction sur le site Oncovia)	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Eligibilité Madelin	✔	✔	✔	✔	✔	**NON**
Eligibilité Packs Optionnels	**NON**	✔	✔	✔	✔	**NON**

Vous souhaitez préserver votre santé et votre bien-être ! Retrouvez les services de coaching nutrition, sportif et sommeil Santéclair sur votre espace adhérent apivia.fr ainsi que les réseaux de diététiciens, d'ostéopathes et de chiropracteurs partenaires.

RO : Régime Obligatoire

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euro.

Le DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés [OPTAM (pour les médecins de secteur 2), OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) et qui remplacent le dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS)].

(1) Les frais de confort à l'hôpital, sont pris en charge dans la limite de la dépense engagée lors de toute hospitalisation d'au moins 1 nuit . Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait hospitalisation à la journée. Prise en charge jusqu'à 20 jours par séjour, sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée à adresser au service prestations d'Apivia Mutuelle - CS 30000 - 79077 Niort Cedex 9.

(2) Participation aux frais engagés lors d'une hospitalisation dite à la journée. Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait confort hospitalier. Remboursement sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée à adresser au service prestations d'Apivia Mutuelle - CS 30000 - 79077 Niort Cedex 9.

(3) Les forfaits (hors Optique) sont valables par an et par bénéficiaire à compter de la date d'effet du contrat, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Le nombre d'équipements Optique (2 verres + 1 monture) est limité selon les décrets en vigueur à 1 équipement TOUS LES 2 ANS par bénéficiaire sauf pour les enfants de moins de 18 ans (16 ans à partir du 1er janvier 2020) ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Les forfaits s'appliquent pour les frais engagés par période d'un an (se reporter aux conditions générales du contrat). Le forfait attribué pour la monture selon les décrets en vigueur ne pourra pas excéder 150 € jusqu'au 31/12/2019 et 100 € à partir du 01/01/2020.

(4) La durée minimale avant renouvellement est fixée à 4 ans, conformément à l'arrêté du 14 novembre 2018 portant sur la modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.

(5) Se reporter aux conventions Garantie Assistance, Protection Juridique Médicale (incluses aux conditions générales du contrat santé).

Packs optionnels

Vous souhaitez renforcer vos garanties ? Souscrivez jusqu'à 3 packs optionnels avec les niveaux de garanties 2, 3 ,4 et 5.
(Les packs Bien-être et Prévention ne peuvent pas être cumulés)

Hospitalisation & Honoraires ☐

Dépassements d'honoraires : Ville/Hôpital **(DPTAM uniquement)**	+ 50%
Chambre particulière (avec nuitée) : *Montant par jour* . Maladie - Chirurgie - Maternité . Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation. . Psychiatrie et assimilés (maxi 30 jours par an) (6)	+ 20 €
Amélioration frais accompagnant - *Montant par jour*	+ 15 €
Amélioration hospitalisation à la journée - *Montant par jour*	+ 30 €
Frais de soins et de séjour à l'étranger	+ 20%

Optique - Dentaire - Audio ☐

Forfait lentilles remboursées et non remboursées par le RO - *Par an*	+ 200 €
Intervention sur l'œil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires *Par œil et par an*	+ 200 €
Forfait protection lumière bleue et Equipement basse vision /malvoyance - *Par an*	100 €
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO	+ 100%
Parodontologie et Orthodontie non remboursées (7)	150 €
Remboursement audioprothèse classe 2	+ 100 €

Bien-être & Prévention 1 ☐

Pack enfant (8) : Psychologue - Psychomotricien *Par séance (maxi 3 séances)*	30 €
Forfait médecines douces (9) - *Par séance*	+ 20 €
Pharmacie prescrite non remboursée et automédication (10) - *Par an*	50 €
Contraception prescrite non remboursée par le RO - *Par an*	100 €
Allocation naissance ou adoption - *Par enfant* (11)	350 €
FIV / amniocentèse - *Par an*	200 €
Abonnement sportif Licence, club, association et abonnement en salle de sport (12) - *Par an*	50 €

Bien-être & Prévention 2 ☐

Cures thermales - *Par an*	+ 200 €
Forfait médecines douces (9) - *Par séance*	+ 20 €
Pharmacie prescrite non remboursée et automédication (10) - *Par an*	50 €
Forfait prévention - Dépistage non pris en charge par le RO : cancers (col de l'utérus, côlon, sein), du glaucome, troubles de l'audition - *Par an*	50 €
Abonnement sportif : Licence, club, association et abonnement en salle de sport (12) - *Par an*	50 €

Lexique : Les prises en charge s'entendent **en complément** (précédées par un +) ou **en ajout** et dans les limites prévues dans la garantie de base souscrite.

(6) Pour les frais de chambre particulière «psychiatrie et assimilés», le montant s'ajoute au montant pris en charge dans la garantie de base souscrite pour les frais de chambre particulière «rééducation fonctionnelle, maison de repos et de convalescence, soins de suite et de réadaptation» et dans la limite de 30 jours par an.

(7) Dans la limite du nombre d'actes prévu dans la garantie de base souscrite sur le poste frais dentaire non remboursés par le RO.

(8) Enfant inscrit au contrat dans la limite d'âge prévue aux conditions générales du contrat.

(9) Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, homéopathie, naturopathie, podologie/pédicure, diététicien/nutritionniste et hypnose thérapeutique.

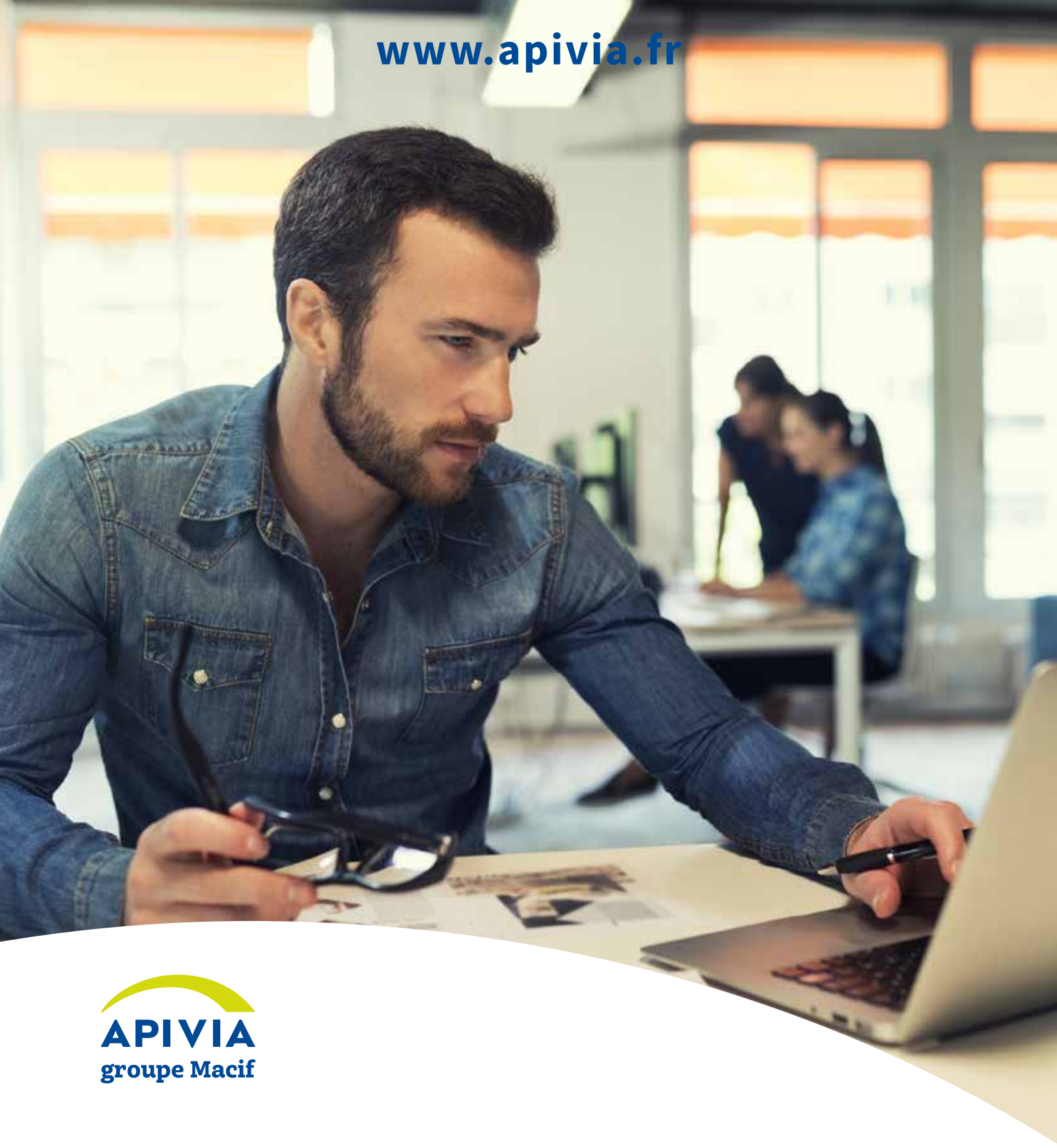
(10) Automédication : pharmacie non prescrite non remboursée. (inscrite au répertoire VIDAL).

(11) Allocation naissance ou adoption : subordonnée à l'enregistrement de l'enfant au contrat et l'envoi du justificatif (naissance ou adoption) dans le mois qui suit l'événement.

(12) Remboursement sur présentation d'une licence ou d'un abonnement acquitté dont la date a débuté postérieurement à la prise de garantie.

Apivia Mutuelle - Mutuelle régie par le Livre II du code de la mutualité, adhérente à la Mutualité Française.
SIREN : 775 709 710. Siège social : 45-49 avenue Jean Moulin - 17034 La Rochelle Cedex 1 - **www.apivia.fr**

www.apivia.fr



APIVIA
groupe Macif

NOTICE D'INFORMATION

Apivia Assistance Particuliers

Parce que certaines situations peuvent fortement perturber votre quotidien et nécessitent un accompagnement de proximité,
Apivia Assistance vous propose un service d'assistance adapté à vos besoins disponible 24h/24 et 7j/7.

0 970 820 692 ou **(+33) 05 49 34 82 80**

INTER MUTUELLES ASSISTANCE

Les conditions générales présentées ci-après proposent des garanties d'assistance à domicile aux adhérents ayant souscrit un contrat auprès d'Apivia Mutuelle définies ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NIORT sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

SOMMAIRE
Les conditions générales d'assistance

Garanties d'assistance à domicile ..... p 4

1 Conditions d'application des garanties d'assistance à domicile ..... p 4
2 Garanties dès la souscription ..... p 4
3 Garanties en cas d'hospitalisation imprévue ou programmée et en cas d'immobilisation imprévue ..... p 5
4 Garanties Famille en cas d'hospitalisation imprévue ou programmée et/ou d'immobilisation imprévues ..... p 7
5 Garanties liées à la maternité ..... p 8
6 Garanties liées à l'emploi ..... p 9
7 Garanties liées aux retraités et seniors ..... p 10
8 Garanties en cas d'évènement traumatisant ..... p 10
9 Garanties en cas de maladie redoutée ..... p 10
10 Garanties en cas de décès ..... p 11
11 Garanties en cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ..... p 11
12 Garanties en cas de déplacement ..... p 13
13 Garanties en cas d'hospitalisation : accompagnement pré et post hospitalisation ..... p 14

Garanties d'assistance Aide aux aidants ..... p 14

14 Bilan personnalisé ..... p 14
15 Formation de l'aidant en cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé ..... p 15
16 Garanties maintien à domicile proposées en cas de survenance ou d'aggravation de perte d'autonomie de l'aidé ..... p 16
17 Garanties maintien à domicile proposées en cas d'installation de l'aidé chez l'aidant ou de l'aidant chez l'aidé ..... p 16
18 Garanties en cas de placement de l'aidé en institution ..... p 17

Annexes ..... p 18

Conditions d'application des garanties d'assistance ..... p 19

Services e-s@nté Apivia ..... p 22

1 Site Internet Ma santé au quotidien ..... p 22
2 Prévention - Bien-Être ..... p 22

Conditions d'application des services e-s@nté Apivia ..... p 23

Définitions ..... p 24

Réalisation Pôle Santé, Bien-Vivre, Groupe IMA - Septembre 2019
Crédit photos : © Shutterstock Images LLC

GARANTIES D'ASSISTANCE
à domicile

1 - CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE À DOMICILE

1.1. 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,
- de chirurgie ambulatoire,
- d'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation au domicile,
- de séjour prolongé à la maternité, de naissance multiple, de naissance grand prématuré ou de grossesse pathologique avec alitement,
- de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation,
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation,
- d'accident ou maladie invalidante,
- de décès,
- de perte d'emploi,
- d'évènement traumatisant,
- lorsque l'adhérent devient aidant ou aidé,
- en cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé,

dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2. 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.

1.2.1. *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 aux articles 3, 4, 5, 10 et 11 doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent :

- **une immobilisation au domicile,**
- **la sortie d'une hospitalisation,**
- **un décès.**

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

1.2.2. *Application des garanties*

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.
Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES 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.
L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, 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 ASSURANCES ou en accord préalable avec elle. **IMA ASSURANCES 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 ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.
Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA ASSURANCES dans un DROM, elles sont prises en charge par IMA ASSURANCES, en accord préalable avec elle, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.
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 ASSURANCES 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.

2 - GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION

2.1. CONSEIL SOCIAL

IMA ASSURANCES 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 accessibles 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.

2.2. INFORMATIONS JURIDIQUES

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

3 - GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

3.1. AIDE MÉNAGÈRE

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.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, 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 ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.
Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

3.2. PRÉSENCE D'UN PROCHE

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.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge en France le déplacement aller-retour d'un proche par train 1re classe ou avion classe économique.
IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

3.3. SERVICES DE PROXIMITÉ

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.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 20 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.

Portage de repas
La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni 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.*

Portage d'espèces
- Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile
- OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 € lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

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

Livraison de courses
La livraison d'une commande par semaine 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 ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

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.

3.4. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

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

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :
- la visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,
- la garde au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,

- la garde de l'animal chez un « pet sitter »

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période maximale de 20 jours.
Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.
Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.
Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

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

IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- la promenade du chien de l'adhérent par un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'intervention est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période maximale de 20 jours.
Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

3.5. FERMETURE DU DOMICILE QUITTÉ EN URGENCE

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.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 heures afin de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.
Cette garantie comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets…
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques…
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo…

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA ASSURANCES intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.
Si nécessaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans la limite de 100 €, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

3.6. PRÉPARATION DU RETOUR AU DOMICILE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.
Cette garantie comprend :

- la réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,
- la mise en température du chauffage du logement,
- le ménage,
- les courses. Le coût des courses demeurant à la charge de l'adhérent.

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA ASSURANCES intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.
Si nécessaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans la limite de 100 €, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.
Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'hôpital et qu'il ait été missionné 48 heures avant cette sortie, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

3.7. TRANSFERT POST-HOSPITALISATION CHEZ UN PROCHE

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

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.
Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1re classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 € par trajet aller-retour.

3.8. TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

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

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, sur une période de 20 jours, un transport non médicalisé aller-retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

4 - GARANTIES FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET/OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

4.1. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'AGE)

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

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

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1re 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 accompagnant, par train 1re classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.
En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES 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 ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

4.2. GARDE DES FRÈRES ET SŒURS (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours d'un enfant.
En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours d'un enfant.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants par :

- le déplacement aller-retour d'un proche,
- ou s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi ou vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

4.3. REMPLAÇANTE DE GARDE D'ENFANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
- une hospitalisation imprévue de plus de 2 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.
En cas d'accident ou de maladie entraînant :
- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

IMA ASSURANCES 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 ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

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

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures 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.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES 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 répartis sur une période maximale de 20 jours.
Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

4.5. CONDUITE AUX ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures 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.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période maximale de 20 jours.

4.6. 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 14 jours d'un enfant.

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA ASSURANCES 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 de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour.
Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours.

4.7. AIDE AUX DEVOIRS

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.

IMA ASSURANCES 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 de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, à raison de 2 heures par enfant et par semaine.
Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 20 jours.

4.8. PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures 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.

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

Le déplacement d'un proche

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

Le transfert des ascendants chez un proche

Le déplacement aller-retour des ascendants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1re classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour 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 ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

5 - GARANTIES LIÉES À LA MATERNITÉ

5.1. AIDE-MÉNAGÈRE

À la naissance ou à l'adoption du premier enfant de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile.
Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 4 heures (2 heures minimum par intervention) dans les 20 jours qui suivent le retour au domicile.

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 accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours,
- OU naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32e semaine d'aménorrhée révolue),
- OU naissance multiple.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, 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 ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.
Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

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

Les garanties sont acquises :
- 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 en cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours,
- OU à la naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32e semaine d'aménorrhée révolue),
- OU en cas de naissance multiple.

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

Le déplacement d'un proche
Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1re 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 accompagnant, par train 1re classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.
En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants
Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES 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 ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

5.3. ACQUISITION DES GESTES 1ER ENFANT

À la naissance ou à l'adoption du premier enfant de l'adhérent ou de son conjoint.
IMA ASSURANCES 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 ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 4 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 10 jours suivant le retour au domicile.

5.4. LIVRAISON DE MÉDICAMENTS

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.
Lorsqu'aucun proche n'est en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA ASSURANCES se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison dans les 20 jours qui suivent le retour au domicile. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

6 - GARANTIES LIÉES À L'EMPLOI

6.1. AIDE AU RETOUR À L'EMPLOI

En cas d'accident ou de maladie invalidante de l'adhérent ou de son conjoint rendant impossible l'exercice de l'emploi actuel.
IMA ASSURANCES propose une aide au retour à l'emploi.
Selon la situation, l'accompagnement porte sur les domaines suivants :

- recueil de données et analyse de la situation professionnelle,
- informations, orientations et conseils dans les démarches liées à l'évolution et au changement de la situation professionnelle, les acteurs et organismes compétents, préconisations relatives à l'aménagement du poste de conduite ou de travail, aide à la réflexion et à la décision…

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social et/ou un ergothérapeute, dans les 12 mois suivant l'évènement.
Si nécessaire, une aide à la recherche d'un nouvel emploi est proposée :

- Techniques de recherches d'emplois : comment rédiger un CV et une lettre de motivation, préparer une prospection téléphonique, préparer un entretien d'embauche.
- Prospection d'offres d'emploi : mise en ligne du CV du candidat sur le site internet d'un consultant en ressources humaines, accès aux offres Intranet de ce consultant.

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens individuels en face à face et 6 entretiens téléphoniques sur une durée de 8 mois.

L'aide à la recherche d'un emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par IMA ASSURANCES auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.
En outre, la responsabilité d'IMA ASSURANCES ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignement(s) communiqué(s).

6.2. BILAN D'EMPLOYABILITÉ

En cas de perte d'emploi
IMA ASSURANCES met en œuvre un bilan employabilité lors duquel les thèmes suivants sont abordés :
Bilan du parcours du bénéficiaire

- Identifier les acquis professionnels
- Analyser le CV existant

Pré-diagnostic des compétences, valeurs et intérêts du bénéficiaire

- Analyser les principaux traits de personnalité
- Identifier les compétences aptitudes et freins
- Identifier les valeurs

Cette garantie de 3 heures maximum, est découpée en 2 fois 1 heure de face à face, 1 heure post bilan si nécessaire et d'un travail individuel de la part du bénéficiaire.
La garantie est limitée à une fois par an.

6.3. CONSEIL 1ER EMPLOI

En cas de non activité 6 mois après l'obtention du diplôme.
IMA ASSURANCES met en œuvre une aide au premier emploi se décomposant de la façon suivante :

- 1 RDV téléphonique
- 2 RDV Skype de 45 min
- Une correction d'un CV et d'une lettre de motivation
- Un suivi sur 45 jours

L'aide au premier emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par IMA ASSURANCES auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.
En outre, la responsabilité d'IMA ASSURANCES ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignement(s) communiqué(s).

7 - GARANTIES LIÉES AUX RETRAITÉS ET SENIORS

7.1. COACHING CONDUITE

IMA ASSURANCES prend en charge (hors urgence médicale), le coaching conduite senior afin d'accompagner les compétences des conducteurs en situation de conduite, de conforter les acquis et de mettre en confiance les conducteurs âgés avec un formateur post-permis. Un livret « Code senior » est remis à l'issue de la formation.
Cette garantie est limitée à une fois sur 12 mois.

7.2. COACH RETRAITE

Afin d'aborder sereinement le départ à la retraite de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES propose :

- une aide au choix de la date de départ à la retraite,
- une évaluation des impacts sur la vie économique, sociale et familiale,
- une aide à la formulation d'un nouveau projet de vie,
- des préconisations personnalisées,
- et une aide dans les démarches.

La garantie est limitée à 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social sur une période de 12 mois.

8 - GARANTIES EN CAS D'ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT

8.1. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'évènements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires.
IMA ASSURANCES 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 du lundi au vendredi, hors jours fériés.

9 - GARANTIES EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE

- En cas de déclaration, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,
- OU en cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,
- OU en cas d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,
IMA ASSURANCES 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 sous pli confidentiel à l'attention des médecins d'IMA ASSURANCES, des mesures conservatoires d'aide-ménagère peuvent être mises en œuvre à concurrence de 6 heures sur une semaine. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation.
Ces garanties ne sont pas cumulables avec les garanties décrites aux points 3, 4 et 11.

9.1. ENVELOPPE DE SERVICES

IMA ASSURANCES met à disposition du bénéficiaire une enveloppe de services limitée à 50 unités de consommation.
Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.
Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.
Le nombre d'unité ne pourra être modifié 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.
Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unité

9.2. TÉLÉASSISTANCE

IMA ASSURANCES 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 90 jours.
Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'adhérent pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.

9.3. BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile.
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.

9.4. SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA ASSURANCES met en relation avec une structure du Groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du Code civil, dans la limite d'un dossier par évènement.
Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge du bénéficiaire qui doit transmettre à la structure du Groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la copie de la facture acquittée.
La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

10 - GARANTIES EN CAS DE DÉCÉS

En cas de décès de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant :
- à plus de 50 km du domicile et lors d'un déplacement d'une durée inférieure à 90 jours pour la garantie décrite à l'article 10.1,
- sans condition de franchise et de durée pour les garanties décrites aux autres articles.

10.1. RAPATRIEMENT DE CORPS

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport du corps.
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 dans un DROM. 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.

10.2. AIDE À LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour aider les proches à organiser les obsèques.

10.3. AUTRES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.
IMA ASSURANCES organise et prend également en charge les garanties suivantes :

- aide à domicile (dans les conditions décrites à l'article 3.1),
- présence d'un proche (dans les conditions décrites à l'article 3.2),
- prise en charge des enfants (dans les conditions décrites à l'article 4.1),
- conduite à l'école et aux activités extrascolaires (dans les conditions décrites aux articles 4.4 et 4.5),
- prise en charge des ascendants vivants au domicile (dans les conditions décrites à l'article 4.8),
- prise en charge des animaux domestiques (dans les conditions décrites à l'article 3.4).

11 - GARANTIES EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE COMPRENANT UNE NUIT

11.1. AIDE MÉNAGÈRE

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.
IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, 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 à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.
Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours.
Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

11.2. PRÉSENCE D'UN PROCHE

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.
IMA ASSURANCES organise et prend en charge le déplacement aller-retour d'un proche par train 1re classe ou avion classe économique.
IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son

hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit

11.3. SERVICES DE PROXIMITÉ

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

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 10 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.

Portage de repas

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

Portage d'espèces

- Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile,
- OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €,

lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

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

Livraison de courses

La livraison d'une commande par semaine 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 ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

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.

11.4. TRANSFERT CONVALESCENCE CHEZ UN PROCHE

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

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1re classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 € par trajet aller-retour.

11.5. TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

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

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, sur une période maximale de 10 jours, un transport non médicalisé aller-retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

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

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

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

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1re 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 1re classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES 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 ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

11.7. GARDE DES FRÈRES ET SŒURS (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit d'un enfant et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants par :

- le déplacement aller-retour d'un proche,
- OU s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi ou vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

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

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

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES 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 répartis sur une période de 2 semaines.
Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

11.9. CONDUITE AUX ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

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

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 2 semaines.

12 - GARANTIES EN CAS DE DÉPLACEMENT

12.1. 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.

12.2. INTERVENTION

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 ASSURANCES 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 ASSURANCES 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 ASSURANCES restent à sa charge (titre de transport, repas …).
Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle. **IMA ASSURANCES 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 ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

12.3. ASSISTANCE AUX PERSONNES

12.3.1. Rapatriement médical

Lorsque les médecins d'IMA ASSURANCES, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et 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 ASSURANCES 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 ASSURANCES, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé.
Si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, IMA ASSURANCES 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 ASSURANCES 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 ASSURANCES fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

12.3.2. Attente sur place d'un accompagnant

Lorsque le bénéficiaire, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de 10 jours, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

12.3.3. Prolongation de sejour pour raisons médicales

Lorsque des soins ont été dispensés à un bénéficiaire et qu'il n'est pas jugé transportable vers son domicile par les médecins d'IMA ASSURANCES, alors que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation, IMA ASSURANCES organise et prend en charge son hébergement pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

12.3.4. Voyage aller-retour d'un proche

Lorsque le bénéficiaire, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours et qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport aller-retour d'un proche pour se rendre à son chevet, ainsi que son hébergement pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

12.4. FRAIS MÉDICAUX ET D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER

IMA ASSURANCES, en complément des prestations dues par les organismes sociaux français, prend en charge, déduction faite d'une franchise de 30 €, les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place à concurrence de 10 000 € par bénéficiaire, sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie. Ce plafond est ramené à 80 € pour les soins dentaires.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins d'IMA ASSURANCES et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable.
Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux, ces frais médicaux et d'hospitalisation font l'objet d'une avance.
Le bénéficiaire s'engage :

- à effectuer, dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés et à transmettre à IMA ASSURANCES les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus,
- à reverser sans délai à IMA ASSURANCES les remboursements dont il a bénéficié à hauteur de la somme avancée par IMA ASSURANCES.

13 - GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION : ACCOMPAGNEMENT PRÉ ET POST HOSPITALISATION

IMA ASSURANCES propose au bénéficiaire un accompagnement personnalisé avant et après une hospitalisation avec :

Un parcours personnalisé en ligne

Le parcours est accessible depuis votre espace adhérent :

www.apivia.fr

Le site propose un parcours personnalisé en ligne avec des conseils avant l'intervention, puis au retour au domicile.

Un accompagnement par la plateforme médico-sociale

L'accompagnement est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques avec une infirmière diplômée d'état sous la responsabilité d'un médecin. Il permet de faire le point avec l'adhérent, lui apporter des conseils adaptés à sa situation et de répondre à ses questions. Il est composé :

- d'un appel avant l'intervention pour bien préparer son hospitalisation et anticiper sa sortie : anesthésie, formalités, gestion de l'anxiété, règles d'hygiène et d'alimentation, aides nécessaires au retour au domicile…
- d'un appel au retour au domicile pour favoriser un bon rétablissement : surveillance des principaux signes cliniques et symptômes (douleur, fièvre, cicatrice, nausées…), compréhension des ordonnances de sortie et mise en place de son suivi médical, reprise des activités quotidiennes…
- et si l'infirmière l'estime opportun, d'un suivi allant jusqu'à 3 entretiens téléphoniques avec l'infirmière.

Le service est ouvert dès l'annonce de l'hospitalisation, et jusque dans les 30 jours suivant le retour au domicile.
Le service est accessible du lundi au samedi, hors jours fériés.
L'accompagnement téléphonique sera uniquement délivré au bénéficiaire hospitalisé. Toutefois en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 18 ans, il pourra l'être à l'un de ses parents ou représentants légaux.

14 - BILAN PERSONNALISÉ

Ces garanties s'appliquent sur appel de l'aidé ou de l'aidant.

14.1. RECHERCHE MÉDECIN, INFIRMIER, INTERVENANT PARAMÉDICAL

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'un médecin.
De la même façon, IMA ASSURANCES, peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'un infirmier ou des intervenants paramédicaux.

14.2. INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA ASSURANCES 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, perte d'autonomie, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique (tutelle, curatelle, assurance choix d'une structure d'accueil, allocation personnalisée d'autonomie…).

14.3. INFORMATIONS MÉDICALES

Une équipe médicale communique des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- Perte d'autonomie : attitudes préventives pour prévenir les chutes, conseils sur la santé et informations sur les risques médicaux.
- Conseils et prévention en matière de voyage, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation.
- Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratique de sports à risques.

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.

14.4. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

IMA ASSURANCES 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.

14.5. BILAN PERSONNALISÉ

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan personnalisé 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.

- Réalisation d'un diagnostic pour identifier les besoins et repérer les points de vigilance
- Aide à la réflexion et à la décision
- Envoi d'une note de synthèse
- Si nécessaire, un suivi téléphonique sur 6 mois peut être proposé pour la coordination et la mise en œuvre du plan d'actions

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.
Cette garantie est limitée à 2 bilans sur 12 mois.

À l'issue de ce bilan et si la situation le nécessite, deux accompagnements complémentaires sont mis en place parmi la liste de garanties ci-dessous :

- Nutrition prévention santé
- Bilan situationnel au téléphone par un ergothérapeute
- Bilan mobilité
- Accompagnement budgétaire

14.6. NUTRITION PRÉVENTION SANTÉ

Chaque bénéficiaire peut solliciter, une 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…
- 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.
La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social.

14.7. BILAN SITUATIONNEL AU TÉLÉPHONE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan téléphonique avec un ergothérapeute.
Cette garantie prend en compte l'évaluation à distance de la situation de la personne dans son lieu de vie. Elle répond aux besoins des personnes pour lesquelles une intervention rapide est souhaitée pour une problématique très ciblée (entrer et sortir de la baignoire, utiliser son véhicule,...), ne nécessitant pas une intervention sur site.
Elle comprend :

- Le recueil des éléments de contexte sur la situation de la personne : personne en situation de fragilité, sortie d'hospitalisation, de SRR (soins de suite et de réadaptation), immobilisation temporaire, handicap ou dépendance, situation d'aidant…
- Le recueil des données relatives aux capacités du bénéficiaire, aux habitudes de vie, à l'environnement matériel, architectural et humain, à l'organisation en place.

Cette évaluation est complétée par des conseils et si besoin des préconisations sur les aides techniques, les possibilités d'aménagement, les orientations vers le réseau local (associations locales…)…
À la fin de ce bilan, une note faisant état des solutions et préconisations évoquées au téléphone est adressée au bénéficiaire et/ou ses proches : documentations, illustrations, information sur les coûts... pour permettre la mise en œuvre effective.
Cette prestation répond à la problématique du bénéficiaire direct et à celle de ses aidants non professionnels à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance des personnes aidées et à faciliter la relation d'aide des personnes aidantes dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.
Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.
La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social

14.8. BILAN MOBILITÉ

IMA ASSURANCES 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…
- un accès illimité à des cours collectifs pendant un trimestre.

La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social.

14.9. ACCOMPAGNEMENT BUDGÉTAIRE

IMA ASSURANCES 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'adhérent et de son conjoint, 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.
La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social.

15 - FORMATION DE L'AIDANT EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ

15.1. FORMATION DE L'AIDANT

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile (2 interventions de 2 heures) afin de faciliter le quotidien de l'aidant grâce à :

- l'étude de l'organisation du quotidien,
- l'aide à l'acquisition des gestes et postures dans la vie

quotidienne et la manutention de personnes (lever, toilette, habillage…),

- l'apprentissage de matériels spécifiques, appareillages, aides techniques,
- l'acquisition des savoir-être et savoir-faire nécessaires pour accompagner et vivre avec des personnes présentant des troubles cognitifs de type démence, cérébro-lésion (aider à gérer la fatigabilité, éviter l'apparition des « troubles du comportement », communiquer plus efficacement…),
- des conseils pour favoriser la pérennité de la relation d'aide harmonieuse.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

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

16.1. BILAN SITUATIONNEL AU DOMICILE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA ASSURANCES 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 : évaluation des capacités de la personne, de ses habitudes de vie, de l'organisation en place, de son environnement (équipements, cadre bâti, environnement humain…). Cette évaluation est complétée par l'envoi d'un rapport consignant et illustrant les solutions proposées pour en permettre la mise en œuvre (nouvelle organisation, équipements, croquis des aménagements éventuels, informations sur les coûts, documentation et adresses de proximité).
Cette garantie répond à la problématique de l'aidé et à celle de l'aidant non professionnel à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance de la personne aidée et à faciliter la relation d'aide de la personne aidante dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.
Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

16.2. SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA ASSURANCES se met en relation avec une structure du Groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du Code civil, dans la limite d'un dossier par évènement.
Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé qui doit transmettre au Groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.
Cette garantie est limitée à 1 dossier par évènement et doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

16.3. TÉLÉASSISTANCE

IMA ASSURANCES 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 90 jours.
Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'aidant ou l'aidé pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.
Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

17 - GARANTIES MAINTIEN À DOMICILE PROPOSÉES EN CAS D'INSTALLATION DE L'AIDÉ CHEZ L'AIDANT OU DE L'AIDANT CHEZ L'AIDÉ

17.1. BILAN SITUATIONNEL AU DOMICILE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA ASSURANCES 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 : évaluation des capacités de la personne, de ses habitudes de vie, de l'organisation en place, de son environnement (équipements, cadre bâti, environnement humain,...). Cette évaluation est complétée par l'envoi d'un rapport consignant et illustrant les solutions proposées pour en permettre la mise en œuvre (nouvelle organisation, équipements, croquis des aménagements éventuels, informations sur les coûts, documentation et adresses de proximité).
Cette prestation répond à la problématique de l'aidé et à celle de l'aidant non professionnel à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance de la personne aidée et à faciliter la relation d'aide de la personne aidante dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.
Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

17.2. SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA ASSURANCES se met en relation avec une structure du Groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du Code civil, dans la limite d'un dossier par évènement.
Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé qui doit transmettre au Groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.
Cette garantie est limitée à 1 dossier par évènement et doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

17.3. AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

IMA ASSURANCES communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble. Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

17.4. NETTOYAGE DU LOGEMENT QUITTÉ

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté dans la limite de 500 €, dans les 24 mois suivant l'évènement.

18 - GARANTIES EN CAS DE PLACEMENT DE L'AIDÉ EN INSTITUTION

18.1. AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

IMA ASSURANCES communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble. Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

18.2. NETTOYAGE DU LOGEMENT QUITTÉ

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté dans la limite de 500 €, dans les 24 mois suivant l'évènement.

ANNEXES

enveloppe de services en cas de maladie redoutée visée à l'article 9.1

Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

ENVELOPPE DE SERVICES POUR ADULTE	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Aide à domicile	1 heure	1 unité
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	6 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	4 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	2 unités
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités

ENVELOPPE DE SERVICES POUR ENFANT	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Garde d'enfant malade	1 heure	2 unités
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	6 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité

** Déplacement par train 1re 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.

CONDITIONS D'APPLICATION
des garanties d'assistance

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires aux numéros suivants :

0 970 820 692 ou (+33) 05 49 34 82 80

TERRITORIALITÉ

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre), et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Guyane et Réunion).
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 dans un DROM, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'adhérent.

Les garanties décès s'appliquent pour tout décès survenu tant en France qu'à l'étranger.

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 km du domicile, à l'exception de la garantie Frais Médicaux et d'hospitalisation acquise uniquement à l'étranger.
- À l'étranger sans franchise kilométrique.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

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.

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des autres garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...) ainsi que l'envoi d'une attestation de l'employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

INFRACTION

IMA ASSURANCES 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 DECLARATION

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

FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'évènements 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 BENEFICIAIRE

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

EXCLUSIONS

EXCLUSIONS POUR L'ASSISTANCE DOMICILE

a)Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

- **dans des établissements et services psychiatriques, gérontologiques et gériatriques,**
- **liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,**
- **liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.**

De même sont exclues 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).

b)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, rallyes, 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 évènements 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 POUR L'ASSISTANCE DEPLACEMENT
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 évènements, 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 frais médicaux engagés en France,
- 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 ASSURANCES 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.
La preuve de l'exclusion incombe à IMA ASSURANCES.

VIE DU CONTRAT

DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat souscrit par l'adhérent auprès d'Apivia Mutuelle.

RÉSILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès d'Apivia Mutuelle pour tout évènement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES 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 ASSURANCES 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 ASSURANCES 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 ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, IMA ASSURANCES 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.

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, 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. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Apivia Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, 45-49 avenue Jean Moulin 17034 LA ROCHELLE Cedex 01, n° 775.709.710, Responsable de Traitement des données personnelles pour l'assistance à domicile d'une part, et, IMA ASSURANCES, SA au capital de 7 000 000 euros, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 NIORT Cedex 09, immatriculée au RCS Niort sous le n° 481.511.632, Responsable de Traitement des données personnelles pour la Garantie en cas d'hospitalisation : Accompagnement pré et post hospitalisation (cf. § 13) d'autre part, collectent 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 pour lesquelles l'adhérent a donné son consentement lors de la souscription du contrat,
- et pour la Garantie en cas d'hospitalisation : Accompagnement pré et post hospitalisation (cf. § 13), des données relatives aux habitudes de vie, à la condition physique et la santé aux fins de mise en œuvre du programme d'accompagnement personnalisé pour lesquelles le bénéficiaire a donné son consentement lors de la souscription du contrat.

Ces données sont utilisées par Apivia Mutuelle et IMA ASSURANCES pour :

- la passation des contrats,
- la gestion des contrats,
- l'exécution des contrats,
- 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),
- les opérations de prospection téléphonique et par courrier,
- 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.

Avec le consentement de l'adhérent recueilli par Apivia Mutuelle, ces données peuvent être utilisées à des fins de prospection électronique afin de lui proposer des produits équivalents ou complémentaires à la garantie d'assistance.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires d'Apivia Mutuelle et IMA ASSURANCES chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires de Apivia Mutuelle chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier à IMA ASSURANCES et à INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles sont susceptibles d'être transmises hors de l'Union Européenne en cas d'événement générateur survenant hors de cette territorialité. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

Celles nécessaires à la mise en œuvre la Garantie en cas d'hospitalisation : Accompagnement pré et post hospitalisation (cf. § 13) sont susceptibles d'être transmises à ses partenaires intervenant dans la mise en œuvre des services auxquels le bénéficiaire a droit. Elles peuvent être accessibles ou transmises aux administrateurs habilités de l'hébergeur en cas d'opérations d'administration et de maintenance du portail ainsi qu'à la société SHARECARE, sous forme anonymisée, aux fins d'études statistiques. Les données ne sont en aucun cas cédées à un tiers à des fins commerciales. Les données enregistrées sur l'espace personnel digitalisé ne sont accessibles à personne, à l'exception des administrateurs habilités de l'hébergeur en cas d'opérations d'administration et de maintenance du portail.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES 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 ASSURANCES. 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 ASSURANCES 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.
Les données de la Garantie en cas d'hospitalisation : Accompagnement pré et post hospitalisation (cf. § 13) sont conservées chez un hébergeur de données de santé agréé par l'ASIP (la société NETPLUS) pour toute la durée du contrat ; elles sont ensuite archivées pendant la durée de la prescription.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données de Apivia Mutuelle à dpo@macif.fr et le cas échéant à DPO Groupe MACIF, Direction des Risques et du Contrôle Permanent Groupe, Groupe MACIF, 17-21 Place Etienne Pernet 75015 PARIS, et d'IMA ASSURANCES : dpo@ima.eu pour la Garantie en cas d'hospitalisation : Accompagnement pré et post hospitalisation (cf. § 13). Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier de la couverture d'assurance.

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 :

- de Apivia Mutuelle pour l'assistance aux coordonnées suivantes : dpo@macif.fr et le cas échéant à DPO Groupe MACIF, Direction des Risques et du Contrôle Permanent Groupe, Groupe MACIF, 17-21 Place Etienne Pernet 75015 PARIS.
- d'IMA ASSURANCES pour la Garantie en cas d'hospitalisation : Accompagnement pré et post hospitalisation (cf. § 13) aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 NIORT – dpo@ima.eu.

Dans ce cadre, le bénéficiaire peut demander à IMA ASSURANCES à tout moment la suppression de son espace personnel IMA S@nté et des données qui s'y trouvent. Une telle suppression est définitive, IMA ASSURANCES ne conservant pas les informations et documents stockés dans cet espace dédié.

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.

SERVICES

e-s@nté Apivia

En complément des garanties d'assistance, Apivia Mutuelle propose les services e-s@nté par l'intermédiaire d'IMA SERVICES.

1 - SITE INTERNET MA SANTÉ AU QUOTIDIEN

IMA SERVICES met à disposition de l'adhérent un site Internet accessible à partir de l'adresse suivante :

www.apivia.fr

via un accès sécurisé et illimité 24h/24 et 7j/7. Lors de la première connexion, il sera demandé le nom, prénom et numéro de l'adhérent.
Le site propose :

- une information générale sur les garanties d'assistance,
- des contenus sur les grands principes de la prévention,
- un suivi de ses vaccins, examens et dépistages : recommandations générales et rappel des prochaines échéances santé.

2 - PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE

IMA SERVICES propose d'informer et de conseiller le bénéficiaire pour l'aider à adopter des comportements bénéfiques pour sa santé et son bien-être en améliorant ses habitudes de vie. Cela se traduit par :

Une évaluation et des conseils personnalisés en ligne
Les contenus sont accessibles depuis le site Internet cité à l'article précédent.
Le site propose au bénéficiaire :

- une évaluation globale pour faire le point sur son bien-être et sa santé,
- des contenus personnalisés selon son profil : alimentation, activité physique, sommeil, stress, tabac…

Un coaching motivationnel par la plateforme médico-sociale
Le coaching motivationnel est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques avec une infirmière diplômée d'état sous la responsabilité d'un médecin. Il est réalisé dans le cadre d'appels programmés dont le nombre est fonction du profil du bénéficiaire, et peut aller jusqu'à 4 appels durant une période de 6 mois.

Les principales thématiques traitées sont : le suivi santé, l'activité physique, les règles hygiéno-diététiques, le stress, le tabac, visant à prévenir l'apparition ou à maîtriser les facteurs de risques, des conseils adaptés aux principales maladies chroniques ainsi qu'aux fragilités liées au vieillissement…

Le service est accessible du lundi au samedi, hors jours fériés.

CONDITIONS D'APPLICATION
des services e-s@nté Apivia

IMA SERVICES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires aux numéros suivants :

0 970 820 692 ou (+33) 05 49 34 82 80

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

INTER MUTUELLES ASSISTANCE SERVICES, société par actions simplifiée au capital de 3 553 329 €, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NIORT sous le numéro 430.336.552, collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de l'exécution de du contrat et suite au recueil du consentement du bénéficiaire :

- 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 prestations d'assistance,
- des données relatives aux habitudes de vie, à la condition physique et la santé aux fins de mise en œuvre du programme d'accompagnement personnalisé pour lesquelles le bénéficiaire a donné son consentement.

Ces données sont utilisées par IMA SERVICES pour :

- la passation des contrats,
- la gestion des contrats,
- l'exécution des contrats,
- 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 des clients concernant un programme de fidélité et le suivi de la relation client, notamment la passation d'enquête de satisfaction,
- les opérations de prospection téléphonique et par courrier,
- la lutte contre la fraude,
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Avec le consentement du bénéficiaire, ces données peuvent être utilisées à des fins de prospection électronique afin de lui proposer des produits équivalents ou complémentaires à la garantie d'assistance.

Elles sont susceptibles d'être transmises à ses partenaires intervenant dans la mise en œuvre des services auxquels le bénéficiaire a droit. Elles peuvent être accessibles ou transmises aux administrateurs habilités de l'hébergeur en cas d'opérations d'administration et de maintenance du portail ainsi qu'à la société HEALTHWAYS, sous forme anonymisée, aux fins d'études statistiques. Les données ne sont en aucun cas cédées à un tiers à des fins commerciales. Les données enregistrées sur l'espace personnel digitalisé (agenda, carnet de vaccination…) ne sont accessibles à personne, à l'exception des administrateurs habilités de l'hébergeur en cas d'opérations d'administration et de maintenance du portail.

Des enregistrements des conversations téléphoniques avec la plateforme médico-sociale sont susceptibles d'être effectués par IMA SERVICES pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Ces enregistrements sont destinés aux seules personnes habilitées par le Responsable de Traitement. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 NIORT / dpo@ima.eu. Dans ce cas, le bénéficiaire ne peut plus bénéficier des services proposés.

Les données sont conservées chez un hébergeur de données de santé agréé par l'ASIP (la société NETPLUS) pour toute la durée du contrat ; elles sont ensuite archivées pendant la durée de la prescription.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime ainsi du droit de définir des directives relatives au sort de ses données contenues dans son espace personnel après sa mort. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès d'IMA SERVICES, aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 NIORT – dpo@ima.eu.

Dans ce cadre, le bénéficiaire peut demander à tout moment la suppression de son espace personnel et des données qui s'y trouvent. Une telle suppression est définitive, IMA SERVICES ne conservant pas les informations et documents stockés dans cet espace dédié.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

DÉFINITIONS

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.

ACCIDENT OU MALADIE INVALIDANTE

Accident ou maladie entraînant un taux de déficit fonctionnel supérieur ou égal à 60 % constaté par expertise médicale.

ADHÉRENT

Adhérent ayant souscrit un contrat « Vitamin' », « Sakifo » ou « Vitalité » auprès d'Apivia Mutuelle.

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'Éducation 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).

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.

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).

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Pour l'assistance à domicile et en déplacement
L'adhérent ainsi que 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 à l'adhérent aidant
L'adhérent auprès d'Apivia Mutuelle et l'aidé si l'adhérent est en situation d'aidant.

BÉNÉFICIAIRES DES SERVICES E-S@NTÉ

L'adhérent ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants de plus de 18 ans et ascendants directs.

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 thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

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 à l'adhérent aidant
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 les DROM : Martinique, Guadeloupe, Guyane ou Réunion.

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.

LISTE DES PATHOLOGIES LOURDES

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dyalisée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA ASSURANCES.

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
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'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6,
- ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

PROCHE

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

Les conditions générales présentées ci-après proposent des garanties de protection juridique « recours médical » aux adhérents ayant souscrit un contrat auprès d'Apivia Mutuelle définies ci-dessous.

Les garanties sont assurées par MATMUT PROTECTION JURIDIQUE, société ayant reçu agrément par arrêté du 1er octobre 1999 pour pratiquer les opérations correspondant à la branche 17 (protection juridique) mentionnée à l'article R.321-1 du Code des Assurances. Société anonyme au capital de 7 500 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des Assurances N° 423 499 391 RCS ROUEN. Siège Social - 66 Rue de Sotteville - 76100 ROUEN.

SOMMAIRE
Les conditions générales de protection juridique

Garanties et conditions d'application Protection Juridique « Recours Médical » ..... p 27

1 L'objet du contrat ..... p 27
2 Les litiges ou différends garantis ..... p 27
3 Les services dont vous bénéficiez ..... p 27
4 Les exclusions générales ..... p 27
5 La mise en œuvre de la garantie et les modalités d'intervention ..... p 27
6 La subrogation ..... p 29
7 La prescription ..... p 29
8 L'arbitrage ..... p 29
9 Le traitement des réclamations ..... p 29
10 L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance ..... p 30
11 La protection des données personnelles ..... p 30

Annexes ..... p 32

Définitions ..... p 33

Réalisation Pôle Santé, Bien-Vivre, Groupe IMA - Septembre 2019
Crédit photos : © Shutterstock Images LLC

GARANTIES ET CONDITIONS D'APPLICATION

Protection Juridique « Recours Médical »

Matmut Protection Juridique intervient du lundi au vendredi, de 8h à 18h à la suite d'appels émanant des bénéficiaires aux numéros suivants :

0 970 820 692 ou **(+33) 05 49 34 82 80**

1 - L'OBJET DU CONTRAT

Il est destiné à vous permettre de bénéficier d'une garantie de Protection Juridique « Recours Médical » dans les conditions visées à la présente notice d'information.

2 - LES LITIGES OU DIFFÉRENDS GARANTIS

La garantie de Protection Juridique « Recours Médical » vous est acquise en cas de litige ou de différend vous opposant à un tiers et résultant d'un accident médical susceptible :

- de répondre à la qualification d'aléa thérapeutique,
- d'engager la responsabilité d'un hôpital, d'une clinique, du corps médical, paramédical ou pharmaceutique, d'une entreprise de transport sanitaire agréée, d'un producteur, exploitant ou distributeur de produits de santé
- et s'étant produit durant la période où vous conservez la qualité d'assuré,
- et pendant la durée du contrat collectif d'assurance de Protection Juridique nous liant à APIVIA MUTUELLE,
- et en France Métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et en Principauté de Monaco.

3 - LES SERVICES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ

Nous mettons à votre disposition :

- un service d'Assistance Juridique par téléphone qui répond aux questions d'ordre juridique que vous vous posez, vous informe sur vos droits, vous apporte une aide afin de prendre une décision et de trouver une solution à vos problèmes,
- un service d'Assistance Juridique de proximité qui vous permet de bénéficier d'un rendez-vous avec l'un de nos Juristes, lorsqu'un examen approfondi des documents en votre possession et une consultation s'avèrent nécessaires,
- un service de Protection Juridique qui prend les mesures utiles afin de faire valoir vos droits à l'amiable et, au besoin, vous donne les moyens d'en poursuivre l'exercice en justice.

4 - LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Sont exclus les litiges ou différends :

- **dont les éléments constitutifs étaient connus de vous antérieurement à votre adhésion à Apivia Mutuelle ou à la date de prise d'effet du présent contrat collectif d'assurance de Protection Juridique,**
- **dont la déclaration est postérieure à la date à laquelle vous avez perdu la qualité d'assuré ou à la date à laquelle le contrat collectif de Protection Juridique a cessé ses effets,**
- **relatifs à la responsabilité médicale des entreprises d'assistance,**
- **ayant un intérêt financier inférieur à 150 € ou nécessitant une intervention devant les tribunaux lorsque la somme, en principal, à récupérer ou à payer est inférieure à 760 €,**
- **relevant :**
  - **du Conseil d'Etat ou de la Cour de Cassation et ayant un intérêt financier inférieur à 3 000 €,**
  - **d'instances communautaires et/ou internationales,**
- **portant sur les questions prioritaires de constitutionnalité.**

5 - LA MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE ET LES MODALITÉS D'INTERVENTION

QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS DE LITIGE OU DIFFEREND GARANTI ?

Dès que vous avez connaissance d'un litige ou d'un différend, vous devez :

TÉLÉPHONER AU 0 970 820 692
(numéro non surtaxé)
ou au (+33) 05 49 34 82 80 (depuis l'étranger)
du lundi au vendredi de 8 h à 18 h

Ce numéro correspond à un service de conseillers juridiques par téléphone qui répond aux questions d'ordre juridique que vous vous posez, vous informe sur vos droits et vos obligations.
Si nécessaire, il vous communique les coordonnées du Juriste qui pourra vous proposer un rendez-vous.

Vous pouvez également :

FAIRE UNE DÉCLARATION PAR ÉCRIT

Cette déclaration doit être effectuée, au plus tard dans les 5 jours ouvrés courant à partir de la date à laquelle vous en avez eu connaissance, au Siège Social de Matmut Protection Juridique.

Vous devez :

- nous communiquer l'intégralité des renseignements et documents se rapportant au litige ou différend déclaré, notamment un résumé des faits, les coordonnées de la partie adverse, une copie des pièces constitutives de votre litige (comptes rendus d'hospitalisations, ordonnances, devis, factures, témoignages, convocations, …),
- nous faire connaître l'existence d'autres assurances portant sur le même risque.

En cas de communication tardive, nous pourrons vous réclamer une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement nous aura causé.
Vous pouvez encourir la perte du droit à notre garantie, lorsque de mauvaise foi :

- **vous avez fait de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances d'un litige ou d'un différend,**
- **vous avez employé ou remis des documents que vous saviez mensongers ou frauduleux,**
- **en cas de retard dans la déclaration du sinistre dès lors que ce manquement nous cause un préjudice.**

QUE FAISONS-NOUS EN CAS DE LITIGE OU DE DIFFÉREND GARANTI ?

Nous nous engageons à :

- réclamer l'indemnisation de votre préjudice.

Pour ce faire :

- nous vous fournissons les avis et services appropriés à la recherche d'une solution amiable.
  Lorsqu'il doit être fait appel à un avocat ou à une personne qualifiée, vous avez toute liberté pour recourir aux services du professionnel de votre choix.
  Vous disposez aussi de la possibilité de choisir votre avocat ou la personne qualifiée en cas de conflit d'intérêts
  Si votre adversaire est lui-même défendu par un avocat, vous êtes, dans les mêmes conditions, assisté ou représenté par l'avocat de votre choix.
- en cas d'échec de la procédure amiable et dans la mesure où votre position est défendable au regard des règles de droit applicables, nous participons, dans la limite du plafond et des montants indiqués en annexe, à la prise en charge des frais et honoraires de l'avocat ou de la personne qualifiée saisi(e) de la défense de vos intérêts.
  Vous conservez durant toute la procédure la conduite de votre procès. Cependant, vous devez nous communiquer tous les éléments nous permettant d'apprécier préalablement le bien-fondé de ce procès et les voies de recours utilisées. Nous demeurons à votre disposition ou à celle de votre avocat pour vous apporter l'assistance juridique nécessaire.
- nous prenons en charge les frais correspondants dans les conditions précisées à l'article ci-après.

Nous cessons notre intervention si l'adversaire est sans domicile connu ou insolvable.
Dans tous les cas, vous êtes tenu de respecter l'obligation de déclaration du sinistre prévue à l'article ci-avant.

QUE PAYONS-NOUS EN CAS DE LITIGE OU DIFFÉREND GARANTI ?

Nous couvrons, **dans la limite du plafond et des montants indiqués en annexe du présent contrat :**
Pour défendre et faire valoir vos droits à l'amiable

- les frais relatifs aux avis et services que nous vous fournissons,
- les frais et honoraires de la personne qualifiée ou de l'avocat que vous avez choisi(e) en cas de conflit d'intérêts,
- les frais et honoraires de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu par un avocat.

Pour défendre et faire valoir vos droits en justice :

- les frais et honoraires de l'avocat ou de la personne qualifiée en charge de vos intérêts,
- les frais de procédure,
- les sommes qui pourraient être mises à votre charge au titre des dépens.

Ces frais et sommes sont pris en charge :

- si l'action en justice qui en est la cause a été décidée en accord avec nous ou a été admise par une décision d'arbitrage visée à l'article 8 ci-après,
- si vous avez passé outre à la solution que nous vous avons proposée ou à l'avis de l'arbitre pour le litige ou le différend qui est à leur origine et avez obtenu une décision de justice plus favorable à vos intérêts,
- en cas de conflit d'intérêts.

Nous ne garantissons pas :

- **les frais, honoraires et sommes engagés avant la déclaration du litige ou différend**, sauf s'ils ont été rendus nécessaires par une mesure conservatoire d'urgence,
- **les dommages et intérêts, les amendes, leurs accessoires et majorations, les frais de recouvrement auxquels vous pourriez être condamné, ainsi que le droit de recouvrement ou d'encaissement à la charge du créancier prévu à l'article A 444-32 du Code de Commerce,**
- **les frais irrépétibles auxquels vous pourriez être condamné,**
- **les frais destinés à apporter les éléments de preuve de la réalité de votre préjudice ou de la matérialité du sinistre,**
- **les frais de saisie immobilière, de nantissement de parts sociales et de fonds de commerce pour les créances inférieures à 10 000 €,**
- **les frais consécutifs aux mesures conservatoires, de sauvegarde et/ou relevant de l'administration de votre patrimoine ou encore ceux que vous auriez dû exposer indépendamment du litige,**
- **les frais et honoraires de notaire.**

6 - LA SUBROGATION

Toutes sommes obtenues en remboursement des frais et honoraires exposés pour le règlement du litige ou différend vous reviennent par priorité lorsque, à ce titre, des dépenses sont restées à votre charge. Elles sont versées dès règlement par la partie qui succombe.
Matmut Protection Juridique est subrogée dans vos droits, conformément aux articles L 121-12 et L 127-8 du Code des Assurances, dans les autres cas.
Si la subrogation ne peut plus s'exercer de votre fait, Matmut Protection Juridique est alors libérée de tout engagement.

7 - LA PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance, dans les conditions déterminées par les articles L 114-1, L114-2 et L114-3 du Code des Assurances.
Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription peut être interrompue :

- **par l'une des causes ordinaires :**

- la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code Civil),
- une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code Civil),
- un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil),

- **ainsi que dans les cas suivants :**

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par notre Société à vous-même en ce qui concerne le paiement des cotisations ou par vous-même à notre Société en ce qui concerne le règlement des frais, honoraires et sommes garantis.

Les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription biennale, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

8 - L'ARBITRAGE

En cas de désaccord entre vous et nous sur les mesures à prendre pour régler le sinistre, vous pouvez recourir à la procédure d'arbitrage prévue à l'article L 127-4 du Code des Assurances.
Dans ce cas :

- un arbitre est désigné d'un commun accord entre vous et nous ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile statuant en la forme des référés.
- sauf décision contraire du Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés, les frais exposés pour la mise en œuvre de cette procédure sont à notre charge, dans la limite des montants indiqués en annexe.

Nous nous engageons à accepter les conclusions de l'arbitre.

9 - LE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Information du client sur les modalités d'examen des réclamations conformément à la Recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution et sur la Médiation conformément au Titre I^er^ du Livre VI du Code de la Consommation (parties législative et réglementaire).

DÉFINITION

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ; une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

A - Recours hiérarchique et Service « Réclamations »

- **1- Recours hiérarchique**

En cas de désaccord entre vous et nous, à l'occasion de la distribution, de la gestion du présent contrat ou du règlement d'un sinistre, vous devez tout d'abord vous adresser à l'Agence ou au Service qui est à l'origine de ce désaccord, afin que toutes les explications éventuellement nécessaires vous soient apportées.
Si vous maintenez votre contestation malgré ces explications, votre réclamation est soumise à la hiérarchie du décisionnaire, qui examine le bien fondé de votre requête.

- **2- Service « Réclamations »**

Si le recours hiérarchique ne permet pas de mettre un terme à notre différend, vous avez la possibilité de saisir le Service « Réclamations » de notre Groupe, 66 rue de Sotteville 76030 Rouen Cedex 01.

- **3- Délais de réponse**

À chaque stade de la procédure décrite ci-avant, un courrier vous est adressé dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de votre réclamation. Il vous fait part de la position retenue ou, si votre demande nécessite une instruction complémentaire, vous avise du délai dans lequel notre décision vous sera communiquée.
Sauf circonstances particulières, nous nous engageons à vous répondre au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la réception de votre réclamation.

B- Médiation

- **1. Modalités de saisine**

Si votre désaccord persiste après la réponse du service « Réclamations », vous pouvez saisir directement le Médiateur de l'Assurance en lui écrivant à l'adresse suivante :

LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09

ou en accédant à son site Internet mediation-assurance.org (sur lequel vous pouvez obtenir toutes les informations relatives au dispositif mis en place par la Profession).

Le Médiateur de l'Assurance ne peut toutefois être saisi que pour les litiges portant sur l'application ou l'interprétation du contrat souscrit. Sont notamment exclus les litiges relatifs à notre politique commerciale, aux refus d'assurance ou à l'opportunité d'une résiliation.
Votre demande doit obligatoirement intervenir dans le délai d'un an à compter de la réception de la réponse du service « Réclamations » et ne faire l'objet à ce stade d'aucune action contentieuse.
Elle doit également comporter toutes les informations nécessaires à son traitement (notamment copie des courriers échangés dans le cadre du traitement de votre réclamation).

- **2. Délai de réponse**

La solution proposée par le Médiateur intervient dans un délai de 90 jours à compter de l'avis attestant de la date de réception du dossier complet du litige, à moins que le Médiateur ne prolonge ce délai s'il estime que le litige est complexe.

- **3. Opposabilité**

L'avis du Médiateur de l'Assurance ne nous lie, ni vous, ni nous, chacun conservant le droit de saisir les tribunaux.

10 - L'AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

11 - LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies font l'objet de traitements informatiques par les sociétés du **Groupe Matmut** et ses partenaires dans le respect de la loi du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016 entré en application le 25 mai 2018.

Lorsque nécessaire, il vous est indiqué au moment de leur collecte si ces informations sont obligatoires ou facultatives.

Ces traitements ont pour finalités :

- la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance,
- la gestion des clients et la prospection commerciale,
- l'amélioration du service au client en proposant des produits ou services permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire,
- les études statistiques, enquêtes et sondages,
- la mise en place d'actions de prévention,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur,
- la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude,
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme,
- la conduite d'activités de recherche et de développement dans le cadre des finalités précitées.

Les traitements listés ci-dessus reposent sur au moins l'un des fondements légitimes suivants :

- l'exécution d'un contrat auquel vous êtes partie ou l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande,
- le respect d'une obligation légale à laquelle le responsable de traitement est soumis,
- l'intérêt légitime poursuivi par le responsable de traitement, notamment la lutte contre la fraude, la prospection commerciale et la conduite d'activités de recherche et de développement.

Lorsque le traitement n'est fondé sur aucun des éléments définis ci-dessus, un consentement au traitement vous sera demandé.

Dans le cadre de la gestion des sinistres, le **Groupe Matmut** peut être amené à traiter des données dites sensibles, relatives à la santé des personnes. Ce traitement se fait dans le respect du secret médical. Vous consentez explicitement à ce que le **Groupe Matmut** traite ces données personnelles pour cette finalité précise.

Les destinataires de ces données sont :

- les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats,
- les partenaires,
- les prestataires,
- les sous-traitants et s'il y a lieu les délégataires de gestion et les intermédiaires en assurance,
- les entités du groupe d'assurance auquel appartient le responsable de traitement dans le cadre de l'exercice de leurs missions,
- s'il y a lieu les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties,
- les personnes intervenant au contrat tel que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins conseils et le personnel habilité,
- l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA), les autres organismes d'assurance,
- les organismes sociaux,
- les personnes intéressées au contrat.

Vos données ne sont transférées en dehors de l'Union Européenne que lorsque cela est nécessaire à l'exécution de votre contrat.
Vos données sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles et autres obligations légales, notamment en matière de délais de prescription.

Vous disposez sur vos données des droits :

- d'accès,
- de rectification,
- d'opposition,
- d'effacement,
- de limitation,
- de définition de directives relatives à leur conservation, à leur effacement et à leur communication après votre décès.

Vous disposez également d'un droit à la portabilité sur les données que vous nous avez communiquées, données nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.
Pour en savoir plus, vous pouvez vous rendre sur le site matmut.fr.

Vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel vous concernant à des fins de prospection commerciale, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.

Lorsque votre consentement a été recueilli pour le traitement de certaines données, vous pouvez retirer votre consentement au traitement de ces données à tout moment.

Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits auprès du Groupe Matmut :

- par internet : dpd@matmut.fr
- par courrier en justifiant de votre identité :

MATMUT
À L'ATTENTION DU DÉLÉGUÉ À LA PROTECTION DES DONNÉES
66 RUE DE SOTTEVILLE
76100 ROUEN.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

CNIL
3 PLACE DE FONTENOY
TSA 80715
75334 PARIS CEDEX 07

Enfin, vous avez la faculté de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr.
Néanmoins nous pouvons toujours vous téléphoner, dès lors que vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur ou que vous avez demandé à être contacté.

ANNEXES

Protection Juridique « Recours Médical »
Honoraires et frais garantis TTC 2019

Les plafonds et montants garantis sont applicables pour un même sinistre.
Constitue un même sinistre, l'ensemble des demandes ou réclamations auquel il a été opposé un même refus.

PLAFOND DE GARANTIE : 20 000 € TTC

DÉFENSE AMIABLE DES DROITS DE L'ASSURÉ (Défense civile et Recours amiables) [1]

Sous-plafond de garantie : 4 600 € TTC (pour l'ensemble des frais relatifs à la défense amiable des droits de l'assuré)

	Montants garantis TTC :
- Honoraires d'avocat (pour l'ensemble de son intervention, y compris en cas de transaction ou de saisine d'une commission)	450,00 €
- Expertise médicale	201,00 €
- Expertise immobilière	2 372,40 €
- Autre expertise matérielle	145,20 €

[1] *Les frais de défense amiable engagés par l'assuré ne sont pris en charge qu'en cas de survenance d'un conflit d'intérêts tel que défini dans les Conditions Générales ou la notice d'information relatives à la garantie ou lorsque l'adversaire de l'assuré est lui-même défendu par un avocat.*

DÉFENSE DES DROITS DE L'ASSURÉ EN JUSTICE

		Montants garantis TTC*	
Juridictions civiles et administratives		Cours de Paris et de Versailles	Autres Cours
Tribunal d'Instance		765,00 €	733,20 €
Tribunal de Grande Instance		945,00 €	903,00 €
Tribunal Administratif		945,00 €	903,00 €
CIVI		945,00 €	903,00 €
CCI	constitution du dossier et instruction	576,00 €	546,00 €
	assistance à liquidation	261,00 €	249,00 €
Juge de l'Exécution		540,00 €	504,00 €
Référés	expertise et/ou provision	585,00 €	555,00 €
	autres	739,20 €	703,20 €
Requêtes		414,00 €	393,00 €
Incident devant le Juge ou le Conseiller de la Mise en État		495,00 €	471,00 €
Assistance (sur accord exprès de nos services)	à médiation à expertise (présence, suivi et dires éventuels compris)	618,00 €	583,20 €
Juridictions pénales			
Démarches au Parquet pour obtention de procès-verbaux		129,00 €	
Dépôt de plainte avec constitution de partie civile (entre les mains du Doyen des juges d'instruction)		534,00 €	499,20 €
Tribunal de police		795,00 €	768,00 €
Médiation		786,00 €	760,80 €
Tribunal Correctionnel		909,00 €	870,00 €
SARVI		336,00 €	312,00 €
Chambre de l'instruction		774,00 €	750,00 €
Cour d'assises : 1re instance ou appel (par jour d'audience dans la limite de 5 jours)		1 191,00 €	
Assistance (sur accord exprès de nos services)	à expertise (présence, suivi et dires éventuels compris) à instruction (sur convocation du Juge)	618,00 €	583,20 €
Requêtes		414,00 €	393,00 €
Autres juridictions		945,00 €	903,00 €
Arbitrage		945,00 €	903,00 €
Cour d'Appel			
Affaire au fond chambre civile avec représentation obligatoire		1 755,60 €	1 714,80 €
Référé Premier Président		739,20 €	711,60 €
Autres appels		945,00 €	903,00 €
Cour de Cassation et Conseil d'État			
Consultation		1 219,20 €	
Mémoire		1 219,20 €	
Expertises			
Médicale		201,00 €	
Immobilière		2 372,40 €	
Comptable		1 206,00 €	
Autre		145,20 €	

Transaction intervenue en cours d'instance judiciaire : identique aux honoraires dus devant la juridiction compétente saisie.

* Ces sommes sont accordées pour l'ensemble des diligences ou procédures devant la juridiction ou la commission, y compris toute démarche – ou phase – préalable, obligatoire ou non et postulation éventuelle. Elles concernent tous les honoraires et frais, notamment la préparation du dossier, la plaidoirie et les frais inhérents à la gestion du dossier.

DÉFINITIONS

Ce lexique est destiné à vous aider à mieux comprendre votre contrat.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Toute situation dans laquelle notre garantie est également accordée à la personne dont les intérêts sont opposés aux vôtres.

CONJOINT

Les personnes :

- mariées,
- unies par un pacte civil de solidarité,
- vivant sous le même toit de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

DÉPENS

Dépenses indispensables au procès et dont le montant fait l'objet d'une tarification par voie réglementaire ou par décision judiciaire. Ils sont limitativement énumérés à l'article 695 du Code de Procédure Civile et à l'article R. 761-1 du Code de Justice Administrative.

FRAIS IRRÉPÉTIBLES

Frais que toute partie engage personnellement afin de défendre ses intérêts en justice et susceptibles de faire l'objet d'une indemnisation par le juge au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L 761-1 du Code de Justice Administrative,

NOUS

Matmut Protection Juridique

SINISTRE

Litige ou différend concrétisé par le refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.

SOUSCRIPTEUR

Apivia Mutuelle.

TIERS

Les personnes qui n'ont pas la qualité d'assuré au titre du contrat.

VOUS

L'Assuré, c'est-à-dire l'actif salarié et/ou le senior retraité, adhérent d'Apivia Mutuelle et, plus généralement, s'ils vivent sous le toit de sa résidence principale :

- leur conjoint,
- leurs enfants mineurs.

APIVIA
groupe Macif

INTER MUTUELLES ASSISTANCE

IMA ASSURANCES intervient 7j/7, 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires aux numéros suivants :

0 970 820 692 OU **(+33) 05 49 34 82 80**