

Conditions générales

Arélia prévoyance Arélia santé

Contrats responsables
Conforme 100 % Santé

Spécial loi Madelin

Vous venez d'adhérer au contrat d'assurance groupe des travailleurs non salariés des professions non agricoles souscrit par : L'association **ARÉLIA** (association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901), 49, rue de Miromesnil - 75380 Paris cedex 08 **ci-après dénommée "l'association souscriptrice"**,

Après de :

Aréas Dommages, Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes (entreprise régie par le Code des assurances).

Siège social et centre administratif : 49, rue de Miromesnil - 75380 Paris cedex 08 **ci-après dénommée "Aréas Dommages", d'une part**, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 775 670 466.

Et

Aréas Vie, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes (entreprise régie par le Code des assurances).

Siège social et centre administratif : 49, rue de Miromesnil - 75380 Paris cedex 08 **ci-après dénommée "Aréas Vie" d'autre part**, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 353 408 644.

Vous bénéficiez ainsi :

- des prestations décrites au contrat et personnalisées en fonction de vos besoins,
- de la proximité de notre interlocuteur qui se tient à votre disposition pour vous apporter les conseils d'un professionnel de l'assurance.

La convention d'assurance groupe des travailleurs non salariés des professions non agricoles stipule ce qui suit :

- les contrats d'assurance groupe logés dans le cadre de la présente convention sont régis par le Code des assurances plus simplement désigné Code dans le contrat, par les conditions générales et particulières ci-après,
- pour l'application de la présente convention, Aréas Vie donne expressément pouvoir à Aréas Dommages dénommé l'assureur, de gérer la garantie "décès toutes causes et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie",
- dans le cadre de ce mandat Aréas Dommages et Aréas Vie assureront chacune pour ce qui la concerne les engagements prévus aux articles L. 141-3 et L. 141-6 du Code concernant l'association "Arélia" souscripteur de la présente convention.

Plan des conditions générales

Arélia Prévoyance	3
Définitions	3
Les garanties	4
Décès toutes causes ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	4
Décès par accident	4
Invalidité permanente	4
Incapacité temporaire totale de travail par accident et maladie ou par accident	6
Incapacité temporaire partielle de travail par accident et maladie ou par accident	6
Perte de profession	7
Remboursement des frais professionnels ou des frais de remplacement	7
Exonération des cotisations	7
Application des garanties	8
Entrée en vigueur des garanties	8
Cessation des garanties	8
Territorialité des garanties	8
Exclusions	8
Limitation des garanties	9
Les sinistres	9
Délai de déclaration	9
Formalités à accomplir	9
Règlement du sinistre	10
Cumul des indemnités	10
Expertise	10
Paieement des indemnités	10
Subrogation	10
Arélia Santé	11
Définitions	11
Tableau des garanties	12
Les garanties	20
Situation des garanties au regard de la loi du 13 août 2004 et Modalités de remboursement	20
Quelques précisions sur les garanties de base selon la formule souscrite	20
Les garanties optionnelles	22
Évolution des garanties	23
Entrée en vigueur des garanties	23
Territorialité des garanties	23
Les exclusions	24
Le remboursement des prestations	24
Formalités à accomplir	24
Contrôle des prestations versées	24
Expertise	24
Subrogation	24
Conséquence de fausses déclarations	24
La vie du contrat	25
Effet, durée et résiliation du contrat groupe	25
Effet et durée du contrat groupe	25
Résiliation du contrat groupe	25
Modalités de résiliation du contrat groupe	25
Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat groupe	25
Adhésion au contrat groupe	25
Déclaration du risque lors de l'adhésion	25
En cours d'adhésion	25
Sanctions	25
Effet, durée et résiliation de l'adhésion au contrat groupe	26
Effet de l'adhésion	26
Durée, renouvellement et cessation de l'adhésion	26
Modalités de résiliation de l'adhésion	26
Effet de la résiliation de l'adhésion	27
Les cotisations	27
Cotisations	27
Révision de la cotisation	27
Paieement des cotisations	27
Non-paiement des cotisations	27
Indexation des garanties	27
Dispositions particulières liées à la complémentaire santé (Arélia Santé)	27
Prescription	27
Réclamation	28
Autorité de contrôle	28
Protection des données à caractère personnel - Informatique et libertés	28
Renonciation	28
Information de l'adhérent	28
Convention générale d'assistance santé	30
Tableau des prestations	40

Arélia

prévoyance

Arélia prévoyance a pour objet d'accorder à l'adhérent en cas d'accident ou de maladie une ou plusieurs des garanties définies aux paragraphes 1 à 8 des présentes conditions générales et sous réserve de leur mention au certificat d'adhésion.

Définitions

Pour l'application de la prévoyance, on entend par :

Accident

Toute atteinte corporelle subie par l'adhérent et provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'adhérent.

Adhérent (assuré)

La personne, membre de l'association contractante, sur laquelle s'exercent les garanties du présent contrat. Elle s'engage à acquitter la cotisation pour la ou les garanties mentionnées sur le certificat d'adhésion.

Bénéficiaire en cas de décès

La ou les personnes désignées au certificat d'adhésion. En l'absence de désignation de bénéficiaire, le capital est versé en une seule fois ou en plusieurs termes de rente conformément à la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite « Loi Madelin » :

- au conjoint de l'adhérent, non divorcé, non séparé de corps ou son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité,
- à défaut, aux enfants nés ou à naître de l'adhérent (vivants ou viables) ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'adhérent.

Date de consolidation

La date à partir de laquelle les séquelles consécutives à un accident ou une maladie prennent un caractère permanent, permettant de constater la stabilisation durable de l'état de santé de l'adhérent par une autorité médicale compétente.

Délai d'attente

La période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Toutes affections ou maladies apparues pendant ce délai ainsi que leurs suites ou rechutes sont définitivement exclues des garanties.

Frais professionnels (frais généraux permanents)

Ce sont les frais fixes et les dépenses ayant un caractère récurrent dans l'activité professionnelle de l'adhérent (ou dans le cas d'associations professionnelles ou d'activités en groupe, la part de l'adhérent dans de telles dépenses) et qui n'ont pas, en comptabilité, de contrepartie à l'actif. Ils doivent en outre être exposés dans l'intérêt de l'entreprise et se rattacher à une gestion normale.

Sont considérés comme frais professionnels permanents :

- le loyer et les charges des locaux professionnels,
- les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux et équipement, propriétés de l'adhérent et utilisés par lui pour l'exercice de sa profession (à l'exclusion des remboursements de capital),
- les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage et téléphone,
- les salaires (charges incluses) des employés de l'assuré,
- les taxes et impôts professionnels,
- le coût de crédit-bail à condition qu'il ne soit pas pris en charge par une autre assurance,

- les pertes pour dépréciation de matières consommables et fournitures, les amortissements des équipements, les agios sur découverts bancaires,
- les cotisations syndicales et professionnelles,
- les charges sociales de l'assuré.

Ne sont pas considérés comme des frais professionnels :

- la rémunération de l'adhérent quel qu'en soit le mode (salaires, honoraires, dividendes, profits, frais exceptionnels et autres avantages),
- les frais d'acquisition de toutes matières consommables, marchandises, fournitures, équipements, installations, produits pharmaceutiques ou vétérinaires,
- le prix d'achat d'un élément de l'actif « immeuble », matériel, brevet,
- les amortissements et les provisions.

Frais de remplacement

Ce sont les coûts de remplacement correspondant aux frais supplémentaires d'exploitation liés au remplacement de l'adhérent dans sa fonction qui, pendant son incapacité temporaire totale de travail, fait appel provisoirement à une personne étrangère à son entreprise ou à son exploitation pour en maintenir l'activité même partiellement.

Franchise

Pour la garantie « incapacité temporaire de travail » :

La période d'arrêt continu de travail, total ou partiel, ne donnant lieu à aucune indemnisation.

Dans le cas où l'adhérent a choisi l'option sans franchise en cas d'hospitalisation, à condition que celle-ci dure au moins deux nuits consécutives et intervient pendant la période de franchise, l'indemnité journalière est alors versée à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail.

Pour la garantie « invalidité permanente » :

Le taux d'invalidité pour lequel l'adhérent ne perçoit aucune indemnité.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de soins public ou privé dès lors que le séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'une lésion résultant d'un accident.

Maladie

Toute altération de la santé ou état pathologique de l'adhérent, non consécutif à un accident, constaté par une autorité médicale compétente.

Sont assimilés à une maladie même si l'origine est accidentelle :

- les pathologies vertébrales telles que douleurs vertébrales et para-vertébrales qu'elles soient d'origine osseuse, musculaire, nerveuse, tendineuse ou ligamentaire,
- les ruptures et déchirures musculaires autres que tendineuses,
- les lumbagos d'efforts, les tours de reins, les sciatiques, qu'elle qu'en soit l'origine,
- les hernies de toute nature,
- les accidents cardiaques, cérébraux ou vasculaires, rupture d'anévrisme ou apoplexie, les syncopes et les lésions en résultant,
- les dermatoses mêmes produites par des agents extérieurs,
- les varices, les rhumatismes.

PASS

Il s'agit du plafond annuel de la Sécurité sociale déterminé en janvier de chaque année.

Rechute

On entend par rechute une nouvelle incapacité provoquée par une récurrence ou une aggravation de la même affection que celle ayant fait l'objet d'une précédente déclaration et ayant fait l'objet d'une précédente indemnisation.

Les garanties

1. Décès toutes causes ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

1.1 Décès toutes causes

1.1.1 Objet de la garantie

Quelle que soit la cause du décès de l'adhérent, l'assureur verse au bénéficiaire désigné, en une seule fois ou en plusieurs termes de rente conformément à la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite "Loi Madelin" un capital dont le montant est fixé au certificat d'adhésion.

Les rentes seront calculées en fonction des tables de mortalité et des taux en vigueur au moment de leur mise en place.

1.1.2 Exclusions

a) Suicide

L'assurance en cas de décès est de nul effet en cas de suicide de l'adhérent au cours de la première année de l'adhésion.

b) Navigation aérienne

L'adhérent est garanti pour le risque de navigation aérienne en qualité de passager, d'élève pilote ou de pilote non professionnel, à condition que l'appareil soit muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité et que le pilote soit titulaire d'un brevet réglementaire.

Sont exclues de la garantie les conséquences d'un accident survenu à l'adhérent :

- lorsqu'il participe à des compétitions, tentatives de records, vols en rase-mottes, raids, vols d'essai sur des prototypes ou vols de démonstration,
- lorsqu'il participe à des vols sur appareils de type ULM, delta-plane, ailes volantes, parapente sauf lorsque l'accident survient dans le cadre d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état,
- alors qu'il effectue des descentes en parachute que n'exigerait pas la situation critique de l'appareil,
- sauf stipulation contraire par convention particulière, au cours de vols réalisés en vue d'effectuer des travaux aériens (exemples : relevés topographiques, recherches forestières et minières, épandages de toute nature),
- les conséquences d'une participation active à une rixe, crime, délit, acte de terrorisme sauf cas de légitime défense avérée,
- les effets directs ou indirects de radiations ionisantes émises par des combustibles nucléaires ou produits radioactifs ou d'irradiations provenant de la transmutation de l'atome.

c) Risque de guerre étrangère

En cas de guerre étrangère, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

1.2 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

1.2.1 Définition

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est celle qui entraîne pour l'adhérent l'impossibilité absolue et définitive, par suite d'accident ou maladie, de se livrer à une occupation ou à un travail procurant un gain ou profit et nécessitant d'une façon définitive l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se laver, se nourrir, se vêtir et se déplacer).

1.2.2 Règlement du capital

a) Conditions de règlement

Le capital assuré est réglé à l'adhérent en une seule fois ou en plusieurs termes de rente conformément à la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite "Loi Madelin".

Le capital assuré est celui atteint au jour de la reconnaissance médicale de la perte totale et irréversible d'autonomie.

Les rentes seront calculées en fonction des tables de mortalité et des taux en vigueur au moment de leur mise en place.

Le paiement du capital ou de la rente met fin à l'adhésion.

b) Exclusions

Outre les exclusions indiquées au paragraphe 1.1.2 ou au certificat d'adhésion, sont exclus au titre de la garantie :

- la perte d'autonomie résultant d'une tentative de suicide de l'adhérent ou d'une mutilation intentionnelle de sa part, ou causée par un fait de guerre étrangère ou par un risque de navigation aérienne non garanti en cas de décès.

c) Formalités à accomplir par l'adhérent

La déclaration de la perte d'autonomie doit être adressée par l'adhérent à l'assureur par lettre recommandée, elle doit être accompagnée d'un dossier médical adressé au médecin conseil de l'assureur comprenant toutes pièces justifiant de la perte totale et irréversible d'autonomie et mentionnant la nature de la maladie ou de l'accident l'ayant entraînée.

L'assureur se réserve le droit de faire contrôler l'état de santé de l'adhérent par un médecin désigné par lui.

2. Décès par accident

2.1 Objet de la garantie

En cas de décès de l'adhérent résultant d'un accident et survenu dans le délai de un an à compter du jour de l'accident, l'assureur verse au bénéficiaire désigné, en une seule fois ou en plusieurs termes de rente conformément à la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite "Loi Madelin", le capital indiqué au certificat d'adhésion.

3. Invalidité permanente

3.1 Invalidité permanente par accident et maladie

3.1.1 Objet de la garantie

En cas d'invalidité permanente de l'adhérent résultant d'un accident ou d'une maladie, l'assureur verse le capital ou la rente annuelle indiquée au certificat d'adhésion ou bien une fraction de ce capital ou de cette rente en fonction du taux d'invalidité dont l'adhérent est atteint, tel que défini ci-dessous.

3.1.2 Détermination du taux d'invalidité

La nature et le taux d'invalidité sont fixés par le médecin conseil de l'assureur. Il y a invalidité lorsque l'adhérent présente simultanément, au moment de la consolidation, une incapacité fonctionnelle (physique ou mentale) et une incapacité professionnelle.

Les critères seront uniquement fonctionnels si l'adhérent n'exerce plus de profession au moment du sinistre ou en l'absence d'incapacité professionnelle (voir tableau n° 3).

L'incapacité fonctionnelle est déterminée d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et intellectuelles de l'adhérent. Elle est déterminée par référence aux barèmes indicatifs d'invalidité prévus à l'Annexe I "Barème indicatif d'invalidité (accidents du travail) (application de l'article R434-32)" et à l'Annexe II "Barème indicatif d'invalidité (maladies professionnelles)" du Code de la sécurité sociale.

L'incapacité professionnelle est appréciée selon la nature de l'invalidité de l'adhérent par rapport à l'exercice de sa profession, en prenant en considération ses aptitudes, sa qualification professionnelle et sa capacité à effectuer une éventuelle reconversion.

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle ainsi définis, le taux d'invalidité est déterminé d'après le tableau suivant :

Tableau n° 1

Taux d'incapacité professionnelle en %	Taux d'incapacité fonctionnelle en %								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,84	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

3.1.3 Détermination du montant de la rente ou du capital

- si le taux d'invalidité (N) est inférieur à 33 %, aucune indemnité n'est versée,
- si le taux d'invalidité (N) est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, le montant de la rente ou du capital est égal à N/66 fois le montant de la rente ou du capital assuré(e),
- si le taux d'invalidité (N) est supérieur ou égal à 66 %, la rente ou le capital est versé(e) dans son intégralité.

Exemples de taux applicables au montant de rente ou du capital souscrit en fonction du taux d'invalidité (arrondi au % le plus proche) :

Taux d'incapacité professionnelle en %	Taux d'incapacité fonctionnelle en %								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10					50	55	61	66	70
20				56	63	70	76	83	89
30			55	64	72	80	87	95	100
40		50	61	70	79	88	96	100	100
50		54	65	76	86	95	100	100	100
60		57	69	81	91	100	100	100	100
70		60	73	85	96	100	100	100	100
80		63	76	89	100	100	100	100	100
90	50	66	79	92	100	100	100	100	100
100	52	68	82	95	100	100	100	100	100

Cas des adhérents sans profession ou en l'absence d'incapacité professionnelle

Taux d'invalidité en %												
0	10	20	30	33	40	50	60	66	70	80	90	100
Taux applicables au montant de la rente ou du capital en %												
0	0	0	0	0	61	76	91	100	100	100	100	100

3.2 Invalidité permanente par accident

3.2.1 Objet de la garantie

En cas d'invalidité permanente de l'adhérent résultant d'un accident, l'assureur verse le capital indiqué au certificat d'adhésion ou bien une fraction de ce capital en fonction du taux d'invalidité dont l'adhérent est atteint, tel que défini ci-dessous.

3.2.2 Taux d'invalidité

Lors de la souscription, l'adhérent choisit le barème, parmi les trois ci-après, qui permettra de définir le taux d'invalidité :

Tête	Taux d'invalidité	
Aliénation mentale, totale ou incurable	100 %	
Perte complète de la vision des yeux	100 %	
Perte complète de la vision d'un œil (avec ou sans énucléation)	25 %	
Surdité incurable et totale des deux oreilles	40 %	
Surdité incurable et totale d'une oreille	15 %	
Syndrome subjectif postcommotionnel sans signes objectifs	3 à 5 %	
Membres	Taux d'invalidité	
a) Infirmitté portant sur les deux membres :		
Perte des deux bras ou des deux mains	100 %	
Perte des deux jambes ou des deux pieds	100 %	
Perte d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied	100 %	
b) Membres supérieurs :		
Amputation ou perte totale de l'usage de :		
Un doigt autre que le pouce et l'index	8 %	5 %
Un index	12 %	10 %
Un pouce	20 %	15 %
Un bras ou une main	60 %	50 %

Barème n° 1 : Barème conventionnel (suite)

Membres	Taux d'invalidité	
Ankylose complète de l'articulation :		
Du poignet ou du coude	20 %	15 %
De l'épaule	30 %	25 %
c) Membres inférieurs :		
Amputation ou perte totale de l'usage de :		
Un orteil autre que le gros orteil	2 %	
Deux ou trois orteils autres que le gros orteil	5 %	
Un gros orteil	8 %	
Tous les orteils d'un pied	15 %	
Un pied	40 %	
Une jambe	50 %	
Une cuisse	60 %	
Ankylose complète de l'articulation :		
De la cheville	15 %	
Du genou	20 %	
De la hanche	30 %	
Infirmittés diverses	Taux d'invalidité	
Ablation d'un rein	20 %	
Ablation de la rate	10 %	

Au cas où l'adhérent apporterait la preuve qu'il est gaucher, les taux prévus pour les membres supérieurs seraient inversés.

Barème n° 2 : Barème accident du travail de la Sécurité sociale

Le taux d'invalidité est évalué selon le barème d'invalidité (accident du travail) de la Sécurité sociale.

Barème n° 3 : Barème médical (réservé aux professions médicales et para-médicales)

Tête	Taux d'invalidité	
Aliénation mentale, totale ou incurable	100 %	
Perte complète de la vision des yeux	100 %	
Perte complète de la vision d'un œil (avec ou sans énucléation)	75 %	
Surdité incurable et totale des deux oreilles	100 %	
Surdité incurable et totale d'une oreille	50 %	
Syndrome subjectif post-commotionnel sans signes objectifs	3 à 5 %	
Membres	Taux d'invalidité	
a) Infirmitté portant sur les deux membres :		
Perte des deux bras ou des deux mains	100 %	
Perte des deux jambes ou des deux pieds	100 %	
Perte d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied	100 %	
b) Membres supérieurs		
Amputation ou perte totale de l'usage de :		
Un bras ou une main	100 %	100 %
Un pouce	80 %	70 %
Un index	70 %	60 %
Un médium	45 %	35 %
Un annulaire	20 %	15 %
Un auriculaire	20 %	15 %
Ankylose complète de l'articulation :		
Du poignet ou du coude	50 %	
De l'épaule	60 %	
c) Membres inférieurs		
Amputation ou perte totale de l'usage de :		
Un orteil autre que le gros orteil	5 %	
Deux ou trois orteils autres que le gros orteil	10 %	
Un gros orteil	15 %	
Tous les orteils d'un pied	30 %	
Un pied	70 %	
Une jambe	100 %	
Une cuisse	100 %	
Ankylose complète de l'articulation :		
De la cheville	40 %	
Du genou	60 %	
De la hanche	70 %	
Infirmittés diverses	Taux d'invalidité	
Ablation d'un rein	20 %	
Ablation de la rate	10 %	

Au cas où l'adhérent apporterait la preuve qu'il est gaucher, les taux prévus pour les membres supérieurs seraient inversés.

Dispositions communes à l'application des barèmes n° 1 et n° 3 :

Les invalidités permanentes non énumérées dans les présents barèmes sont évaluées en proportion de leur gravité, comparée à celles des cas énumérés.

Cumul des taux d'invalidité :

Si à la suite d'un accident, plusieurs membres ou organes sont frappés d'incapacité fonctionnelle, les taux d'invalidité en résultant se cumulent sans que le total puisse être supérieur à 100 %. Si plusieurs lésions ont touché un seul membre ou organe, les taux d'invalidité en résultant se cumulent sans que le total puisse être supérieur au pourcentage prévu pour la perte dudit membre ou organe.

L'incapacité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre est assimilée à la perte totale ou partielle de ce membre.

3.2.3 Montant de l'indemnisation

Le montant de l'indemnisation est déterminé en fonction du mode d'indemnisation choisi par l'adhérent au moment de son adhésion et mentionné au certificat d'adhésion.

Indemnisation classique

Le montant de l'indemnité est directement proportionnel au taux d'invalidité.

L'indemnisation en N/100 (N représentant le taux d'invalidité déterminé) se fait à partir du niveau de franchise défini au certificat d'adhésion.

Indemnisation modulée

Le montant de l'indemnité est déterminé suivant la formule : $(N-15)*2$.

Le tableau n° 4 donne quelques exemples d'indemnisation.

Tableau n° 4										
Taux N en %										
0	10	15	20	30	40	50	60	65	66 à 100	
Montant du capital $(N-15)*2$ en %										
0	0	0	10	30	50	70	90	100	100	

Dispositions communes à la détermination du taux d'invalidité

Seules les lésions consécutives à un événement postérieur à la date d'effet de la garantie sont prises en compte pour la détermination du taux d'invalidité.

L'aggravation de maladies ou séquelles d'accident antérieures à la souscription et exclues au certificat d'adhésion n'est en aucun cas prise en compte.

3.3 Dispositions relatives à l'invalidité permanente

3.3.1 Règlement des prestations

Les prestations sont dues à la date de consolidation de l'invalidité et au plus tard au 1096^{ème} jour d'incapacité totale de travail.

3.3.2 Disposition particulière relative au règlement de la rente

Si l'état de santé n'est pas consolidé à l'issue des 1095 jours d'incapacité temporaire totale, la rente sera versée à 100 % jusqu'à la date de consolidation pour être servie selon le pourcentage d'invalidité à ladite date de consolidation.

La rente est servie, chaque trimestre civil à terme échu, jusqu'au 67^e anniversaire de l'adhérent ou jusqu'à son décès s'il survient avant cette date. L'assureur et l'adhérent pourront demander la révision de la rente tous les 3 ans afin de tenir compte de l'amélioration ou de l'aggravation de l'état d'invalidité.

Son montant peut être révisé à la hausse ou à la baisse si le degré de l'invalidité se trouve modifié.

3.3.3 Revalorisation des rentes

Les revalorisations des rentes sont effectuées en fonction du PASS.

La valeur initiale est celle du 1^{er} janvier de l'exercice au cours duquel le 1^{er} arrérage est versé.

Chaque 1^{er} janvier, la valeur de référence en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice précédent est comparée à la dernière valeur prise en considération.

La revalorisation de la rente interviendra au 1^{er} janvier dans la proportion existant entre les deux valeurs ci-dessus.

3.3.4 Maintien du service des prestations

Pour permettre le maintien du service des rentes, les bénéficiaires doivent fournir un certificat de vie à la fin de chaque année.

3.3.5 Disposition particulière relative au règlement du capital

Le capital est versé à l'adhérent à titre définitif. En aucun cas, l'assureur et l'adhérent ne pourront demander une révision ultérieure relative à l'amélioration ou l'aggravation de l'état d'invalidité, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 20.

4. Incapacité temporaire totale de travail par accident et maladie ou par accident

4.1 Objet de la garantie

En cas d'incapacité temporaire totale de travail résultant d'un accident ou d'une maladie, l'assureur verse l'indemnité indiquée au certificat d'adhésion. L'indemnité journalière a pour but de maintenir tout ou partie du revenu professionnel de l'adhérent. En aucun cas, le cumul des prestations versées par l'assureur ajoutées à celles prévues par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultatif ne peut excéder la perte de revenus professionnels subie par l'adhérent du fait de son incapacité temporaire.

4.2 Indemnisation

- l'adhérent est considéré en incapacité temporaire totale, si à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, il est temporairement contraint d'interrompre totalement et de façon continue son activité professionnelle indiquée au certificat d'adhésion et qu'il n'exerce aucune autre activité professionnelle rémunérée en raison de son état de santé.
- l'indemnité journalière est due, par mois échu, à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail ou après le délai de franchise indiqué au certificat d'adhésion.

L'indemnisation cesse d'être due :

- dès la cessation de l'état d'incapacité totale et notamment dès la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle,
- à la date de consolidation médicalement constatée de l'invalidité de l'adhérent,
- au terme de la durée d'indemnisation indiquée au certificat d'adhésion,
- en cas de cessation de toute activité professionnelle quel qu'en soit le motif, sauf si cette cessation d'activité est médicalement justifiée et la conséquence directe de la maladie ou de l'accident faisant l'objet du paiement de l'indemnité journalière,
- au moment de la liquidation d'une pension de retraite,
- au 67^{ème} anniversaire de l'adhérent,
- au décès de l'adhérent.

Toutefois, si au jour du sinistre, l'adhérent se trouve temporairement en cours de changement de situation professionnelle, il est considéré en incapacité temporaire totale de travail si à la suite d'une maladie ou d'un accident, il est dans l'impossibilité d'exercer toutes démarches ou formations professionnelles.

4.3 Période totale d'indemnisation

Pendant la validité de l'adhésion, le versement de l'indemnité journalière ne pourra excéder la période totale d'indemnisation, franchise comprise, prévue au certificat d'adhésion au titre de la même affection ou du même accident y compris leurs suites, conséquences, récurrences ou rechutes.

5. Incapacité temporaire partielle de travail par accident et maladie ou par accident

Ces garanties doivent être souscrites conjointement avec les garanties prévues au paragraphe 4.

5.1 Objet de la garantie

Sous réserve que l'adhérent ait souscrit la garantie d'incapacité temporaire totale de travail résultant d'un accident ou d'une maladie, l'assureur verse l'indemnité indiquée au certificat d'adhésion.

5.2 Indemnisation

- l'adhérent est considéré en incapacité temporaire partielle, si à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, il est reconnu médicalement en état de reprendre partiellement son activité professionnelle indiquée au certificat d'adhésion.
- l'indemnité journalière est due, par mois échu, à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail ou après le délai de franchise indiqué au certificat d'adhésion.

L'indemnisation cesse d'être due :

- dès la cessation de l'état d'incapacité partielle et notamment dès la reprise complète de l'activité professionnelle,
- à la date de consolidation médicalement constatée de l'invalidité de l'adhérent,
- au terme de la durée d'indemnisation indiquée au certificat d'adhésion,
- en cas de cessation de toute activité professionnelle quel qu'en soit le motif, sauf si cette cessation d'activité est médicalement justifiée et la conséquence directe de la maladie ou de l'accident faisant l'objet du paiement de l'indemnité journalière,
- au moment de la liquidation d'une pension de retraite,
- au 67^{ème} anniversaire de l'adhérent,
- au décès de l'adhérent.

Toutefois, si au jour du sinistre, l'adhérent se trouve temporairement en cours de changement de situation professionnelle, il est considéré en incapacité temporaire partielle de travail si à la suite d'une maladie ou d'un accident, il a la possibilité de reprendre partiellement toute activité notamment d'effectuer toutes démarches ou formations professionnelles.

- l'indemnité journalière représente 50 % du montant de l'indemnité journalière souscrite en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

5.3 Période totale d'indemnisation

Pendant la validité de l'adhésion, le versement de l'indemnité journalière ne pourra excéder la période totale d'indemnisation, franchise comprise, prévue pour les garanties mentionnées au paragraphe 4 au titre de la même affection ou du même accident y compris leurs suites, conséquences, récidives ou rechutes.

6. Perte de profession

6.1 Objet de la garantie

En cas d'invalidité permanente professionnelle de l'adhérent résultant d'un accident ou d'une maladie et le rendant totalement et définitivement inapte à l'exercice de sa profession, profession que l'adhérent exerce comme profession principale au moment de l'événement garanti, l'assureur verse le capital dont le montant est fixé au certificat d'adhésion.

6.2 Détermination de l'invalidité permanente professionnelle

L'invalidité permanente professionnelle est appréciée après consolidation par rapport aux facultés physiques et intellectuelles restantes de l'adhérent, sans tenir compte des possibilités de reconversion professionnelle.

Seules les lésions consécutives à un événement postérieur à la date d'effet de la garantie donnent droit au paiement du capital.

L'aggravation de maladies ou de séquelles d'accidents antérieures à la date d'effet et exclues au certificat d'adhésion n'est en aucun cas prise en compte.

7. Remboursement des frais professionnels ou des frais de remplacement

7.1 Objet de la garantie

En cas d'incapacité temporaire totale de travail résultant d'un accident ou d'une maladie, l'assureur verse l'indemnité journalière indiquée au certificat d'adhésion visant au rembourse-

ment de tout ou partie des frais professionnels ou des frais de remplacement payés par l'entreprise dans la limite des frais réellement engagés pendant la période d'arrêt de travail indemnisé.

7.2 Indemnisation

- l'adhérent est considéré en incapacité temporaire totale, si à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, il est temporairement contraint d'interrompre totalement et de façon continue son activité professionnelle indiquée au certificat d'adhésion et qu'il n'exerce aucune autre activité professionnelle rémunérée en raison de son état de santé.
- l'indemnité journalière est due, par mois échu, à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail ou après le délai de franchise indiqué au certificat d'adhésion.

L'indemnisation cesse d'être due :

- dès la cessation de l'état d'incapacité totale et notamment dès la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle,
- à la date de consolidation médicalement constatée de l'invalidité de l'adhérent,
- au terme de la durée d'indemnisation indiquée au certificat d'adhésion,
- en cas de cessation de toute activité professionnelle quel qu'en soit le motif, sauf si cette cessation d'activité est médicalement justifiée et la conséquence directe de la maladie ou de l'accident faisant l'objet du paiement de l'indemnité journalière,
- au moment de la liquidation d'une pension de retraite,
- au 67^{ème} anniversaire de l'adhérent,
- au décès de l'adhérent.

7.3 Période totale d'indemnisation

Pendant la validité de l'adhésion, le versement de l'indemnité journalière ne pourra excéder la période totale d'indemnisation, franchise comprise, prévue au certificat d'adhésion au titre de la même affection ou du même accident y compris leurs suites, conséquences, récidives ou rechutes.

Toute reprise partielle de l'activité professionnelle entraîne la cessation de l'indemnisation.

7.4 Disposition particulière

Pendant l'incapacité temporaire totale de travail garantie, l'adhérent pourra demander à l'assureur soit le remboursement de ses frais professionnels, soit le remboursement des frais de remplacement.

Dans tous les cas, l'assureur n'indemniser pas le cumul des frais professionnels et des coûts d'un remplaçant sur une même période d'arrêt de travail.

7.5 Limites de garantie

L'indemnité journalière versée ne peut être supérieure au 1/365^{ème} du montant des frais professionnels déclarés à l'administration fiscale au titre de l'exercice comptable précédent la date de l'arrêt de travail ou des coûts de remplacement engagés sans pouvoir excéder le montant de l'indemnité journalière garantie.

En cas de création d'entreprise, les frais professionnels retenus sont ceux définis dans le bilan prévisionnel de l'entreprise et certifiés par un expert comptable.

8. Exonération des cotisations

Cette garantie ne peut être conjointement souscrite avec la garantie décès **toutes causes et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**.

Cette garantie doit être souscrite conjointement :

- soit avec la garantie incapacité temporaire totale de travail par accident et maladie,
- soit avec la garantie invalidité permanente par accident et maladie.

8.1 Objet de la garantie

Les garanties de prévoyance mentionnées aux paragraphes 2, 3, 4, 5, 6 et 7 et qui ont été souscrites par l'adhérent, sont maintenues sans paiement des cotisations lorsque l'adhérent est en incapacité temporaire totale de travail ou en invalidité.

8.2 Limites de garantie

- en cas d'incapacité temporaire totale de travail, l'exonération ne peut intervenir qu'à compter du 181^{ème} jour d'arrêt de travail,
- en cas d'invalidité, l'exonération intervient dès lors que le taux d'invalidité est au moins égal à 66 %.

8.3 Durée de la garantie

La garantie cesse :

- en cas d'incapacité, du jour de la reprise du travail à temps plein ou partiel, du jour de l'épuisement de la garantie incapacité temporaire totale de travail par accident et maladie ou du terme de l'adhésion,
- en cas d'invalidité, à la date du terme de l'adhésion.

Application des garanties

9. Entrée en vigueur des garanties

Ces dispositions ne s'appliquent pas à la garantie "Décès toutes causes ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie".

Les garanties s'appliquent :

a) dès la prise d'effet de l'adhésion au contrat pour les accidents et les maladies infectieuses suivantes : amibiase, charbon, choléra, coqueluche, diphtérie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, méningite cérébro-spinale, oreillons, peste, poliomyélite, rougeole, rubéole, scarlatine, toxicose, tétanos, typhus exanthématique, varicelle, variole ;

b) après un délai d'attente (décompté à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat) :

- de 12 mois pour les affections neuropsychiatriques, y compris les dépressions nerveuses,
- de 9 mois pour les complications de la maternité,
- de 3 mois pour les autres maladies.

Le délai d'attente est applicable en cours d'adhésion au contrat à toute extension de garantie ainsi qu'à toute majoration d'indemnité mais, dans ce dernier cas, uniquement sur la différence entre les deux indemnités.

10. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- au moment où l'adhérent cesse toute activité professionnelle et au plus tard à la date d'échéance qui suit le 67^{ème} anniversaire de l'adhérent,
- dans le cas où l'adhérent resterait atteint d'une invalidité entraînant une inaptitude totale à l'exercice de sa profession,
- en cas de décès de l'adhérent.

11. Territorialité des garanties

Les garanties s'exercent en France et dans les pays membres de l'Union Européenne, la Suisse ou Monaco.

Les garanties s'exercent également dans le monde entier lors de voyages et de séjours n'excédant pas une durée continue de 3 mois.

En cas d'incapacité de travail de l'adhérent hors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse ou Monaco, la garantie est consentie sous réserve que l'accident ou la maladie ait entraîné l'hospitalisation de l'adhérent.

Toutefois, quel que soit le lieu de survenance du sinistre, la reconnaissance de l'invalidité permanente ne peut avoir lieu qu'en France ou à Monaco.

Les exclusions

12. Activités professionnelles et activités sportives exclues

Les exclusions mentionnées ci-après sont applicables à toutes les garanties.

12.1 Activités professionnelles exclues

Les professions ou activités professionnelles ci-après sont exclues du présent contrat :

- Les guides de montagne, les guides de grande chasse,

- les moniteurs de ski,
- les cordistes,
- les techniciens en lignes haute tension sur pylônes (les lignards),
- les professions du cirque et les forains,
- les pilotes et personnels naviguant des sociétés de transport aérien ou maritime
- les jockeys,
- les coursiers ou les livreurs exerçant avec un véhicule à moteur à deux ou trois roues,
- les cascadeurs,
- les grands reporters, les correspondants de guerre.

12.2 Activités sportives exclues

12.2.1 Sont exclus les accidents et leurs conséquences résultant :

- de la participation de l'adhérent à des compétitions comportant l'utilisation d'engins à moteur terrestres ou aquatiques ainsi que leurs entraînements ou essais préparatoires,
- de la pratique par l'adhérent de tout sport aérien (à voile, aile ou à moteur) sauf lorsque l'accident survient dans le cadre d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état,
- de tout sport pratiqué à titre professionnel ou à haut niveau ou sous contrat rémunéré, des paris, des tentatives de record et des sports de l'extrême (toutes disciplines),
- de la pratique de la taumachie

12.2.2 Sont également exclus les accidents et leurs conséquences résultant de la pratique des activités sportives suivantes sauf si ces activités ont fait l'objet d'une acceptation de l'assureur et d'une stipulation expresse mentionnée au certificat d'adhésion :

- les sports comportant l'usage d'engins à moteur terrestres ou aquatiques,
- les sports et activités équestres,
- le cyclisme avec compétitions,
- les sports d'ascension, de l'alpinisme, de l'escalade, de la varappe,
- la voltige, le saut dans le vide, le saut à l'élastique,
- les sports de neige ou de glace hors des pistes balisées et ouvertes au public, le bobsleigh, le skeleton, le kilomètre lancé,
- la plongée sous marine au-delà de 20 mètres de profondeur,
- la navigation maritime au-delà de 20 milles nautiques d'un abri côtier,
- les sports nautiques : le canyoning, le rafting, la nage en eaux vives, le kitesurf, le flysurf,
- les sports de défense ou de combat et arts martiaux (sauf judo),
- la spéléologie.

Toutefois, l'accident résultant de la pratique des sports indiqués au paragraphe 12.2.2 ci-dessus sera garanti si les conditions ci-après sont toutes vérifiées au moment du sinistre :

- L'accident survient dans le cadre d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état,
- l'adhérent n'est pas titulaire d'une licence, ni inscrit auprès d'un club ou d'une association sportive dans ces sports,
- l'adhérent ne participe à aucune compétition dans ces sports.

13. Autres exclusions

Les exclusions mentionnées ci-après sont applicables à toutes les garanties à l'exception de la garantie « Décès toutes causes ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ».

13.1 Ne sont pas garantis les accidents ou les maladies ainsi que leurs suites et conséquences :

- résultant du suicide, d'une tentative de suicide de l'adhérent ou d'une mutilation volontaire,
- résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'adhérent,
- résultant de la participation active de l'adhérent à des grèves, des émeutes ou mouvements populaires, à des actes de terrorisme ou de sabotage,

- résultant de la guerre civile ou étrangère,
- dus aux effets directs ou indirects d'explosion de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules. Toutefois, en cas de traitement médical auquel est soumis l'adhérent, sont garanties les lésions qui résultent du fonctionnement défectueux ou de la mauvaise utilisation d'un appareil manipulé par un membre du corps médical ou sont la conséquence d'un traitement prescrit à l'adhérent à la suite d'un accident ou d'une maladie garanti par le contrat,
- résultant de la participation de l'adhérent à une rixe sauf en cas de légitime défense avérée ou d'assistance à personne en danger,
- subis par l'adhérent lorsqu'il est en état d'ivresse dûment constaté ou résultant de la conduite de l'adhérent sous l'empire d'un état alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants (en infraction au sens des articles L. 234-1, L.234-8, R.234-1, L.235-1 ou L.235-3 du Code de la route) ou de l'usage de l'adhérent de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement. Toutefois, la garantie est accordée si l'adhérent ou ses héritiers prouvent que l'accident est sans relation avec cet état,
- résultant de la navigation aérienne de l'adhérent en tant que pilote, copilote, élève pilote ou membre d'équipage,
- résultant de la conduite de tout engin par l'adhérent s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur. Toutefois cette exclusion ne s'applique pas lorsqu'il s'agit d'un accident survenu au cours de leçons de conduite données par une personne qualifiée dans le cadre de la réglementation en vigueur.

13.2 Sont également exclus ainsi que leurs suites et conséquences :

- les grossesses et les accouchements sous réserve des dispositions indiquées au paragraphe 16,
- les congés légaux de maternité, l'interruption volontaire de grossesse, la procréation médicalement assistée,
- les traitements d'affections ou de malformations congénitales ou constitutionnelles, les traitements esthétiques ou les interventions de chirurgie esthétique de toute nature sauf si ces interventions sont la conséquence d'un accident corporel garanti déclaré pendant la validité du contrat,
- les arrêts de travail prescrits dans le cadre d'un suivi de cures de toute nature mêmes effectués en établissements hospitaliers y compris les cures thermales, marines, d'amaigrissement, de désintoxication, de rajeunissement,
- les affections ou maladies apparues pendant le délai d'attente ainsi que leurs suites ou rechutes.

Limitation des garanties

14. États antérieurs

La garantie s'exerce sur les conséquences des infirmités existant au moment de la souscription, des séquelles d'accidents survenus avant la prise d'effet des garanties, et des maladies dont la première manifestation est antérieure à cette date d'effet, si ces infirmités, séquelles d'accidents ou maladies étaient inconnues de l'adhérent au moment de la souscription ou ont été déclarées par l'adhérent et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion par l'assureur, mentionnée sur le certificat d'adhésion.

15. Dispositions applicables aux garanties maladie

Pour les affections neuropsychiatriques y compris les dépressions nerveuses :

- le montant total versé au titre des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire de travail ne peut excéder **180 jours de prestations, indemnisées en une ou plusieurs fois pendant toute la durée de l'adhésion,**

- le montant de la rente annuelle ou du capital versé au titre des garanties **invalidité permanente ou perte de profession est réduit de 25 %.**

16. Incapacité temporaire de travail de l'adhérente résultant de l'état de grossesse, de l'accouchement, de ses complications

Seuls les arrêts de travail liés aux grossesses et accouchements définis médicalement pathologiques sont garantis.

Une grossesse est dite pathologique lorsqu'au cours de son évolution survient un phénomène pathologique médicalement constaté et traité, **à l'exclusion de toute convenance personnelle.** Les principales complications qui seront garantis sont : la menace d'accouchement prématuré (ouverture anormale du col objectivé par échographie), la grossesse extra utérine, la fausse couche spontanée, la môle hydatiforme, le choriocarcinome, la toxémie gravidique, l'hématome rétroplacentaire et le placenta prévia.

Les congés légaux de maternité demeurent exclus.

Les sinistres

17. Délai de déclaration

En cas de sinistre, l'adhérent ou toute personne agissant en son nom, doit **dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 5 jours ouvrés** suivants en donner avis par écrit ou verbalement contre récépissé à l'assureur ou à son mandataire.

Sauf si le retard dans la déclaration est dû à un cas fortuit ou de force majeure, l'adhérent est déchu de la garantie lorsque l'assureur établit que le retard lui a causé un préjudice (article L. 113-2 du Code).

18. Formalités à accomplir

18.1 Déclaration de sinistre

L'adhérent doit indiquer dans la déclaration du sinistre ou en cas d'impossibilité, dans une déclaration ultérieure faite dans le plus bref délai :

- le nom, prénom, âge, domicile et profession de l'adhérent malade ou victime d'un accident.
- s'il s'agit d'un accident, la date, le lieu de survenance et les circonstances de l'accident, les noms et adresses des témoins et de l'auteur responsable le cas échéant.

18.2 Formalités médicales

a) L'adhérent doit :

- adresser à l'assureur **dans les 5 jours de la déclaration du sinistre**, un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou des lésions, les suites probables et la durée de l'incapacité,
- répondre à toute demande de renseignements complémentaires formulée par l'assureur.

L'adhérent ou le cas échéant son médecin traitant, peut adresser le certificat médical et les renseignements complémentaires obligatoirement sous pli confidentiel directement au médecin conseil de l'assureur qui ne transmettra à l'assureur que les instructions strictement nécessaires à l'application de l'adhésion.

b) Lorsque l'adhérent est garanti pour les risques **incapacité temporaire de travail - frais professionnels ou frais de remplacement**, toute prolongation de l'état d'incapacité de l'adhérent doit être constatée par un nouveau certificat médical qui doit être adressé à l'assureur au plus tard à l'expiration de la période d'incapacité prescrite par le précédent certificat.

Toute reprise, même partielle, des activités de l'adhérent doit être déclarée à l'assureur **dans le délai maxi-mum de 5 jours** à compter de cette reprise.

18.3 Sanctions

- lorsque le non-respect des formalités ci-dessus lui cause un dommage, l'assureur peut réclamer à l'adhérent une **indemnité proportionnée au préjudice subi,**

- si l'adhérent fait sciemment des fausses déclarations sur la nature, les causes et conséquences du sinistre, l'adhérent est entièrement déchu de tout droit à la garantie pour ce sinistre. L'assureur se réserve le droit de récupérer les prestations indues et de résilier l'adhésion au contrat.

18.4 Formalités en cas de décès

En cas de décès de l'adhérent, le bénéficiaire doit adresser à l'assureur les pièces justificatives, lesquelles comprennent notamment l'acte de décès, un certificat médical précisant l'affection ou l'accident auquel l'adhérent a succombé, ainsi que les pièces pouvant être exigées en vertu des dispositions législatives ou réglementaires.

19. Règlement du sinistre

19.1 Examen de l'adhérent

Les causes et conséquences d'un sinistre seront toujours appréciées en tenant compte de l'avis du médecin conseil de l'assureur.

L'adhérent doit accepter de se soumettre au contrôle des médecins de l'assureur.

Si après avoir refusé de se soumettre au contrôle d'un premier médecin, il refuse également d'accepter celui d'un deuxième médecin, sauf motif impérieux dûment justifié, l'adhérent est déchu de tout droit aux prestations.

En cas de contestation d'ordre médical sur les causes et les conséquences du sinistre, le différend est soumis à une expertise dans les conditions prévues au paragraphe 21.

19.2 Rechute

Sous réserve que l'adhésion soit en cours, lorsqu'une rechute intervient dans un délai de **6 mois** après un arrêt de travail ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation, les indemnités sont versées à compter du 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail, à condition que la franchise ait été épuisée lors du précédent arrêt et à concurrence de la durée maximale prévue au certificat d'adhésion, déduction faite de la durée des indemnisations précédentes.

En revanche, la franchise sera à nouveau appliquée pour toute rechute qui surviendrait après une reprise d'activité ininterrompue de plus de **6 mois** et à concurrence de la durée maximale prévue au certificat d'adhésion, déduction faite de la durée des indemnisations précédentes.

19.3 Dispositions particulières

- les arrêts de travail qui sont la conséquence de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ou du renouvellement d'un pace maker consécutif à un événement garanti sont pris en charge sans application de la franchise, sous réserve que la franchise ait été épuisée lors du précédent arrêt, à concurrence de la durée maximale prévue au certificat d'adhésion, déduction faite de la durée des indemnisations précédentes,
- toute incapacité temporaire de travail ininterrompue constitue un seul et même sinistre, même s'il se rattache à plusieurs événements garantis.

20. Cumul des indemnités

- les indemnités prévues au titre des garanties incapacité de travail et remboursement des frais professionnels ou frais de remplacement peuvent être cumulées,
- les indemnités journalières versées en cas d'incapacité de travail ne peuvent se cumuler avec l'indemnisation de l'invalidité.
- les indemnités versées en cas de décès toutes causes ou de décès par accident sont cumulables entre elles,
- les indemnités dues en cas d'invalidité permanente ou perte de profession peuvent être cumulées,
- les indemnités prévues au titre des garanties décès par accident et invalidité permanente par accident ne peuvent être cumulées.

Toutefois, si en cas d'invalidité permanente, suivie de décès dans l'année de l'accident des suites de ce dernier, l'indemnité versée à l'adhérent était inférieure à celle prévue pour le cas de décès, l'assureur verserait la différence au bénéficiaire.

21. Expertise

En cas de désaccord sur les causes ou conséquences d'un sinistre, une expertise amiable est toujours obligatoire, sous réserve des droits respectifs des parties. Chacune des deux parties choisit un médecin expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert. Les trois experts opèrent en commun et émettent un avis à la majorité des voix. Faute, par l'une des parties de nommer son expert ou par les deux experts de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Cette nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt quinze jours après l'envoi à l'autre partie, d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers expert et des frais de nomination.

22. Paiement des indemnités

Le paiement de l'indemnité doit être effectué dans les 15 jours soit de l'accord amiable, soit de la décision judiciaire exécutoire. Ce délai, en cas d'opposition, ne court que du jour de la mainlevée.

L'indemnité est payable en France et en Euros.

23. Subrogation

L'assureur est subrogé jusqu'à concurrence des indemnités qu'il aura versées dans les droits et actions de l'adhérent contre tout tiers responsable du sinistre (article L. 121-12 du Code).

Arélia santé

Arélia santé a pour objet de rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation engagés par l'assuré en cas de maladie, d'accident ou de maternité en complément des prestations versées par le régime obligatoire ou tout autre régime de prévoyance obligatoire.

Les garanties accordées sont celles de la formule souscrite, mentionnée au certificat d'adhésion.

Définitions

Pour l'application de la complémentaire santé, on entend par :

Accident

Toute atteinte corporelle subie par l'assuré et provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'assuré.

Adhérent

La personne, membre de l'association contractante, domiciliée en France métropolitaine, désignée au certificat d'adhésion. Elle s'engage à acquitter la cotisation pour les garanties mentionnées sur le certificat d'adhésion.

Assuré (Bénéficiaire)

Toute personne domiciliée en France métropolitaine, désignée au certificat d'adhésion qui bénéficie du présent contrat, son conjoint ou concubin ou la personne liée par un pacte civil de solidarité et leurs enfants fiscalement à charge de moins de 26 ans.

Cependant, les enfants à compter de 18 ans perdent leur qualité d'enfant au sens de la cotisation mais peuvent continuer à être assurés au contrat de leurs parents moyennant l'acquiescement d'une cotisation adulte correspondant à leur âge.

Délai d'attente

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet mentionnée au certificat d'adhésion.

Hospitalisation

Tout séjour effectué en qualité de patient dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Maladie

Toute altération de la santé ou état pathologique de l'assuré, non consécutif à un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent de base pour les calculs des remboursements des régimes obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), la Classification Communes des Actes Médicaux (CCAM), la Liste des Produits et Prestations (LPP) et la Table Nationale de Biologie (TNB).

OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et OPTAM-CO (pour les Chirugiens et Obstétriciens)

L'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (pour les Chirugiens et Obstétriciens) sont des conventions signées entre les médecins du secteur 2 ainsi que certains médecins du secteur 1 autorisés à facturer des dépassements d'honoraires et l'assurance maladie. Lorsqu'un médecin signe cette convention, il s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires.

La liste des médecins signataires de ce dispositif est disponible sur www.ameli-direct.fr

Régime obligatoire (R.O.)

Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié l'assuré.

Tarif de base de remboursement (TBR)

Tarif retenu par les régimes obligatoires dans l'application des nomenclatures des actes de la Sécurité sociale comme référence pour le calcul du remboursement.

Tarif de convention

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé ayant adhéré aux Conventions Nationales.

Taux de remboursement du régime obligatoire (TRO)

Taux appliqué au tarif de base de remboursement pour le calcul du remboursement des régimes obligatoires.

Télétransmission

Echange de données informatisées entre la Caisse d'assurance maladie de l'assuré et Aréas Dommages. La télétransmission dispense l'assuré d'adresser les décomptes du régime obligatoire à l'assureur et réduit les délais de remboursements.

Ticket modérateur

Différence entre le tarif de base de remboursement et le remboursement du régime obligatoire qui reste à la charge de l'assuré.

Tiers payant

Système permettant à l'assuré social de ne pas faire l'avance des frais : Paiement total ou partiel direct des sommes dues par l'assuré au professionnel de santé ou à l'établissement de soins par l'organisme assureur.

Tableau des garanties

Ce tableau précise les garanties, les montants et les limites de la formule souscrite par l'assuré et indiquée au certificat d'adhésion. Sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties, l'assureur rembourse les dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre du régime obligatoire.

Les garanties sont accordées par personne assurée.

Formules ECO, Intégrale 100, Essentielle 125 et Intégrale 125

Garanties hors dentaire et optique :

Nature des prestations	ECO	Intégrale 100	Essentielle 125	Intégrale 125
Soins courants				
• Honoraires Médicaux (1) Médecins adhérents OPTAM et OPTAM-CO (y compris radiologues) (10)	100 % TBR	100 % TBR	145 % TBR	
• Honoraires Médicaux (1) Médecins non adhérents OPTAM et OPTAM-CO (y compris radiologues) (10)	100 % TBR	100 % TBR	125 % TBR	
• Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires	100 % TBR	100 % TBR	125 % TBR	
• Matériel médical (orthopédiques, capillaires, mammaires, bas de contention ...)	100 % TBR	100 % TBR	125 % TBR	
• Pharmacie remboursée à 65 %, 30 % ou 15 % par le R.O.	100 % TBR	100 % TBR	100 % TBR	
Médecine douce et Prévention				
• Actes de prévention pris en charge dans le cadre des contrats responsables (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 - Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale) (6)	100 % TBR	100 % TBR	125 % TBR	
• Actes d'ostéopathe, étioopathe, chiropracteur, acupuncteur, kinésologue, micro-kinésithérapeute, naturopathe, sexologue, sophrologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, phytothérapeute, shiatsu, diététicien, nutritionniste, pédicure, podologue (maximum 5 actes par an et par assuré, toutes spécialités confondues)	NON	NON	0,8 % PMSS par acte	
• Ostéodensitométrie ou Amniocentèse ou Fécondation In Vitro (remboursement par an et par assuré pour l'un des trois actes)	NON	NON	NON	
Forfait Pharmacie (par an et par assuré) • Médicaments prescrits non remboursés par le R.O. • Vaccins non remboursés par le R.O.	NON	0,65 % PMSS	1,5 % PMSS	
Hospitalisation médicale, chirurgicale, à domicile (2)				
• Frais de séjour	100 % TBR	100 % TBR	150 % TBR	
• Honoraires Médicaux et chirurgicaux Médecins adhérents OPTAM et OPTAM-CO (10)	100 % TBR	100 % TBR	170 % TBR	
• Honoraires Médicaux et chirurgicaux Médecins non adhérents OPTAM et OPTAM-CO (10)	100 % TBR	100 % TBR	150 % TBR	
• Participation forfaitaire pour actes lourds (Art. R160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Inclus	Inclus	Inclus	
• Forfait journalier hospitalier (illimité)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
• Chambre particulière y compris maternité (illimité)	NON	1 % PMSS par jour	1,5 % PMSS par jour	
• Lit d'accompagnement (illimité)	NON	0,6 % PMSS par jour	0,6 % PMSS par jour	
• Frais TV, Internet, Téléphone (15 jours par an)	NON	0,3 % PMSS par jour	0,5 % PMSS par jour	
• Transport	100 % TBR	100 % TBR	125 % TBR	
Aides auditives				
Aides auditives jusqu'au 31/12/2020 inclus				
• Prothèses auditives	100 % TBR	100 % TBR	125 % TBR	
• Forfait supplémentaire appareil auditif remboursé par le RO ou assistant d'écoute acheté en pharmacie non remboursé par le RO (par oreille, par an et par assuré,) dont :	NON	NON	NON	
» Accessoires remboursés par le RO	NON	NON	NON	
Aides auditives à compter du 01/01/2021				
Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition				
• Equipements à prise en charge renforcée «Panier 100% Santé» Classe I (8)	Frais réels dans la limite des Prix limites de vente			
• Equipements « Panier libre » Classe II et accessoires	100 % TBR	100 % TBR	125 % TBR	
• Forfait supplémentaire équipements «Panier Libre» Classe II remboursés par le RO (par oreille, par assuré, dans la limite de 1 700 € par oreille incluant le remboursement de la Sécurité sociale et le Ticket modérateur)	NON	NON	NON	
• Forfait supplémentaire Accessoires remboursés par le RO	NON	NON	NON	
Naissance ou adoption				
• Forfait naissance - Adoption (par enfant) (3)	NON	4 % PMSS	5 % PMSS	
Cure thermale (acceptée par le R.O.)				
• Soins et honoraires	NON	100 % TBR	125 % TBR	
• Forfait supplémentaire cure thermale : Frais de transport et d'hébergement (par an et par assuré)	NON	NON	NON	
Frais d'obsèques (si souscription avant l'âge de 50 ans) (9)	NON	NON	NON	

Les commentaires associés aux renvois sont en page n° 17.

Formules Essentielle 150, Intégrale 150, Essentielle 200, Intégrale 200, Essentielle 350 et Intégrale 350

Garanties hors dentaire et optique :

Nature des prestations	Essentielle 150	Intégrale 150	Essentielle 200	Intégrale 200	Essentielle 350	Intégrale 350
Soins courants						
• Honoraires Médicaux (1) Médecins adhérents OPTAM et OPTAM-CO (y compris radiologues) (10)	170 % TBR		220 % TBR		350 % TBR	
• Honoraires Médicaux (1) Médecins non adhérents OPTAM et OPTAM-CO (y compris radiologues) (10)	150 % TBR		200 % TBR		200 % TBR	
• Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires	150 % TBR		200 % TRO		350 % TBR	
• Matériel médical (orthopédiques, capillaires, mammaires, bas de contention ...)	150 % TBR		200 % TRO		350 % TBR	
• Pharmacie remboursée à 65 %, 30 % ou 15 % par le R.O.	100 % TBR		100 % TBR		100 % TBR	
Médecine douce et Prévention						
• Actes de prévention pris en charge dans le cadre des contrats responsables (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 - Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale) (6)	150 % TBR		200 % TRO		350 % TBR	
• Actes d'ostéopathe, étiothérapeute, chiropracteur, acupuncteur, kinésologue, micro-kinésithérapeute, naturopathe, sexologue, sophrologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, phytothérapeute, shiatsu, diététicien, nutritionniste, pédicure, podologue (maximum 5 actes par an et par assuré, toutes spécialités confondues)	0,8 % PMSS par acte		1 % PMSS par acte		1,2 % PMSS par acte	
• Ostéodensitométrie ou Amniocentèse ou Fécondation In Vitro (remboursement par an et par assuré pour l'un des trois actes)	1,2 % PMSS		2 % PMSS		2,6 % PMSS	
Forfait Pharmacie (par an et par assuré) • Médicaments prescrits non remboursés par le R.O. • Vaccins non remboursés par le R.O.	2 % PMSS		2 % PMSS		2,5 % PMSS	
Hospitalisation médicale, chirurgicale, à domicile (2)						
• Frais de séjour	150 % TBR		200 % TBR		300 % TBR	
• Honoraires Médicaux et chirurgicaux Médecins adhérents OPTAM et OPTAM-CO (10)	170 % TBR		220 % TBR		300 % TBR	
• Honoraires Médicaux et chirurgicaux Médecins non adhérents OPTAM et OPTAM-CO (10)	150 % TBR		200 % TBR		200 % TBR	
• Participation forfaitaire pour actes lourds (Art. R160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Inclus		Inclus		Inclus	
• Forfait journalier hospitalier (illimité)	Frais réels		Frais réels		Frais réels	
• Chambre particulière y compris maternité (illimité)	2,5 % PMSS par jour		3,5 % PMSS par jour		5 % PMSS par jour	
• Lit d'accompagnement (illimité)	1 % PMSS par jour		1 % PMSS par jour		1,2 % PMSS par jour	
• Frais TV, Internet, Téléphone (15 jours par an)	0,5 % PMSS par jour		0,65 % PMSS par jour		0,65 % PMSS par jour	
• Transport	150 % TBR		200 % TBR		300 % TBR	
Aides auditives						
Aides auditives jusqu'au 31/12/2020 inclus						
• Prothèses auditives	150 % TBR		200 % TRO		350 % TBR	
• Forfait supplémentaire appareil auditif remboursé par le RO ou assistant d'écoute acheté en pharmacie non remboursé par le RO (par oreille, par an et par assuré,) dont :	169 €		203 €		236 €	
» Accessoires remboursés par le RO	27 €		51 €		68 €	
Aides auditives à compter du 01/01/2021						
Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition						
• Equipements à prise en charge renforcée «Panier 100% Santé» Classe I (8)	Frais réels dans la limite des Prix limites de vente					
• Equipements « Panier libre » Classe II et accessoires	150 % TBR		200 % TBR		350 % TBR	
• Forfait supplémentaire équipements «Panier Libre» Classe II remboursés par le RO (par oreille, par assuré, dans la limite de 1 700 € par oreille incluant le remboursement de la Sécurité sociale et le Ticket modérateur)	142 €		152 €		169 €	
• Forfait supplémentaire Accessoires remboursés par le RO	27 €		51 €		68 €	
Naissance ou adoption						
• Forfait naissance - Adoption (par enfant) (3)	6 % PMSS		8 % PMSS		9 % PMSS	
Cure thermale (acceptée par le R.O.)						
• Soins et honoraires	150 % TBR		200 % TBR		350 % TBR	
• Forfait supplémentaire cure thermale : Frais de transport et d'hébergement (par an et par assuré)	NON		3,5 % PMSS		4,5 % PMSS	
Frais d'obsèques (si souscription avant l'âge de 50 ans) (9)	40 % PMSS		45 % PMSS		50 % PMSS	

Les commentaires associés aux renvois sont en page n° 17.

Formules ECO, Intégrale 100, Essentielle 125 et Intégrale 125

Dentaire et optique

Prestations dentaires et optiques	ECO	Intégrale 100	Essentielle 125	Intégrale 125
Dentaire				
• Soins et prothèses dentaires à prise en charge renforcée « Panier 100% Santé » à compter du 01/01/2020 (8)	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation			
• Soins dentaires	100 % TBR	100 % TBR	150 % TBR	150 % TBR
• Actes de prévention dentaire pris en charge dans le cadre des contrats responsables (loi du 13 août 2004 – Arrêté du 08/06/2006)	100 % TBR	100 % TBR	150 % TBR	150 % TBR
• Prothèses dentaires remboursées par le R.O. « Panier Modéré et Libre »	100 % TBR	100 % TBR	150 % TBR	150 % TBR
• Orthodontie remboursée par le R.O.	100 % TBR	100 % TBR	150 % TBR	150 % TBR
Bonus de fidélité : » A partir de la 3 ^{ème} année » A partir de la 5 ^{ème} année	NON NON	NON NON	NON 175 % TBR	NON 175 % TBR
Forfait supplémentaire • Prothèses dentaires remboursées par le R.O. « Panier Modéré et Libre » (par an et par assuré) • Orthodontie remboursée par le R.O. (par semestre et par assuré) (4)	NON NON	NON (EN OPTION) NON (EN OPTION)	NON NON	4 % PMSS 3 % PMSS
Plafond annuel (hors soins dentaires et prothèses dentaires « Panier 100% Santé ») (7) » pour la 1 ^{ère} année » pour la 2 ^{ème} année » à partir de la 3 ^{ème} année	- - -	- - -	20 % PMSS 25 % PMSS 30 % PMSS	20 % PMSS 25 % PMSS 30 % PMSS
Optiques (5)				
Équipement : 1 monture et 2 verres Forfait par assuré (incluant le ticket modérateur et le remboursement de la Sécurité sociale) dont 30 € maximum pour les montures en Classe A et 100 € en Classe B, renouvelable à compter de la dernière acquisition : > Tous les deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus, réduit à un an en cas d'évolution justifiée de la vue > Tous les ans pour les assurés de moins de 16 ans, non applicable pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste > Tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur > Aucun délai pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales définies réglementairement.				
• Equipement à prise en charge renforcée « Panier 100% Santé » Classe A y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle à compter du 01/01/2020 (8)	Frais réels dans la limite des Prix limites de vente			
• 1 monture + 2 verres simples « Panier Libre » Classe B	100 % TBR	120 €	120 €	190 €
• 1 monture + 1 verre simple et 1 verre complexe « Panier Libre » Classe B	100 % TBR	160 €	160 €	245 €
• 1 monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe « Panier Libre » Classe B	100 % TBR	160 €	160 €	245 €
• 1 monture + 2 verres complexes « Panier Libre » Classe B	100 % TBR	200 €	200 €	300 €
• 1 monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe « Panier Libre » Classe B	100 % TBR	200 €	200 €	300 €
• 1 monture + 2 verres très complexes « Panier Libre » Classe B	100 % TBR	200 €	200 €	300 €
• Equipement mixte : combinaison de verres et monture de classe A et B	A concurrence des montants des équipements de classe B selon typologie du verre, déduction faite des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels dans la limite des prix limites de vente			
Lentilles remboursées ou non par le R.O. (forfait par assuré tous les deux ans sauf pour les mineurs et en cas d'évolution justifiée de la vue, forfait renouvelable une fois par an)	100 % TBR	100 €	100 €	150 €
Chirurgie réfractive : myopie, astigmatisme, hypermétropie (par an et par assuré)	NON	100 €	100 €	150 €

Les commentaires associés aux renvois sont en page n° 17.

Formules Essentielle 150, Intégrale 150, Essentielle 200, Intégrale 200, Essentielle 350 et Intégrale 350

Dentaire et optique

Prestations dentaires et optiques	Essentielle 150	Intégrale 150	Essentielle 200	Intégrale 200	Essentielle 350	Intégrale 350
Dentaire						
• Soins et prothèses dentaires à prise en charge renforcée « Panier 100% Santé » à compter du 01/01/2020 (8)	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation					
• Soins dentaires	150 % TBR	150 % TBR	200 % TRO	200 % TRO	350 % TBR	350 % TBR
• Actes de prévention dentaire pris en charge dans le cadre des contrats responsables (loi du 13 août 2004 – Arrêté du 08/06/2006)	150 % TBR	150 % TBR	200 % TRO	200 % TRO	350 % TBR	350 % TBR
• Prothèses dentaires remboursées par le R.O. « Panier Modéré et Libre »	150 % TBR	150 % TBR	200 % TRO	200 % TRO	350 % TBR	350 % TBR
• Orthodontie remboursée par le R.O.	150 % TBR	150 % TBR	200 % TRO	200 % TRO	350 % TBR	350 % TBR
Bonus de fidélité : » A partir de la 3 ^{ème} année » A partir de la 5 ^{ème} année	175 % TBR 200 % TBR	175 % TBR 200 % TBR	225 % TRO 250 % TRO	225 % TRO 250 % TRO	375 % TBR 400 % TBR	375 % TBR 400 % TBR
Forfait supplémentaire • Prothèses dentaires remboursées par le R.O. « Panier Modéré et Libre » (par an et par assuré) • Orthodontie remboursée par le R.O. (par semestre et par assuré) (4)	NON NON	10 % PMSS 5 % PMSS	NON NON	12 % PMSS 6 % PMSS	NON NON	14 % PMSS 7 % PMSS
Plafond annuel (hors soins dentaires et prothèses dentaires « Panier 100% Santé ») (7) » pour la 1 ^{ère} année » pour la 2 ^{ème} année » à partir de la 3 ^{ème} année	30 % PMSS 35 % PMSS 40 % PMSS	30 % PMSS 35 % PMSS 40 % PMSS	35 % PMSS 45 % PMSS 60 % PMSS	35 % PMSS 45 % PMSS 60 % PMSS	60 % PMSS 70 % PMSS 80 % PMSS	60 % PMSS 70 % PMSS 80 % PMSS
Optiques (5)						
Équipement : 1 monture et 2 verres Forfait par assuré (incluant le ticket modérateur et le remboursement de la Sécurité sociale) dont 30 € maximum pour les montures en Classe A et 100 € en Classe B, renouvelable à compter de la dernière acquisition : > Tous les deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus, réduit à un an en cas d'évolution justifiée de la vue > Tous les ans pour les assurés de moins de 16 ans, non applicable pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste > Tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur > Aucun délai pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales définies réglementairement.						
• Equipement à prise en charge renforcée « Panier 100% Santé » Classe A y compris prestation d'appariage et d'adaptation de la correction visuelle à compter du 01/01/2020 (8)	Frais réels dans la limite des Prix limites de vente					
• 1 monture + 2 verres simples « Panier Libre » Classe B	190 €	260 €	260 €	330 €	330 €	400 €
• 1 monture + 1 verre simple et 1 verre complexe « Panier Libre » Classe B	245 €	330 €	330 €	415 €	415 €	500 €
• 1 monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe « Panier Libre » Classe B	245 €	330 €	330 €	415 €	415 €	500 €
• 1 monture + 2 verres complexes « Panier Libre » Classe B	300 €	400 €	400 €	500 €	500 €	600 €
• 1 monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe « Panier Libre » Classe B	300 €	400 €	400 €	500 €	500 €	600 €
• 1 monture + 2 verres très complexes « Panier Libre » Classe B	300 €	400 €	400 €	500 €	500 €	600 €
• Equipement mixte : combinaison de verres et monture de classe A et B	A concurrence des montants des équipements de classe B selon typologie du verre, déduction faite des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels dans la limite des prix limites de vente					
Lentilles remboursées ou non par le R.O. (forfait par assuré tous les deux ans sauf pour les mineurs et en cas d'évolution justifiée de la vue, forfait renouvelable une fois par an)	150 €	250 €	250 €	300 €	300 €	350 €
Chirurgie réfractive : myopie, astigmatisme, hypermétropie (par an et par assuré)	150 €	250 €	250 €	300 €	300 €	350 €

Les commentaires associés aux renvois sont en page n° 17.

Renfort dentaire et optique

Renforts dentaires et optiques	Intégrale 100	Intégrale 125	Intégrale 150	Intégrale 200	Intégrale 350
Forfaits dentaires					
Forfait supplémentaire (par an et par assuré) • Prothèses dentaires remboursées par le R.O. « Panier Modéré et Libre » • Actes dentaires non remboursés par le R.O. ou hors nomenclature : prothèses dentaires, implants, orthodontie et parodontologie ou tout autre acte dentaire.	4 % PMSS NON	5 % PMSS	6 % PMSS	12 % PMSS	18 % PMSS
Forfait supplémentaire (par semestre et par assuré) (4) • Orthodontie remboursée par le R.O.	3 % PMSS	3,5 % PMSS	4 % PMSS	6 % PMSS	7 % PMSS
Forfaits optiques (5)					
Équipement : 1 monture et 2 verres Forfait par assuré (incluant le ticket modérateur et le remboursement de la Sécurité sociale) renouvelable à compter de la dernière acquisition dans les mêmes conditions que la garantie de base. La prise en charge de la monture reste plafonnée à 100 € pour les garanties de base plus les renforts.					
• 1 monture + 2 verres simples « Panier Libre » Classe B	70 €	70 €	70 €	70 €	20 €
• 1 monture + 1 verre simple et 1 verre complexe « Panier Libre » Classe B	85 €	85 €	85 €	85 €	60 €
• 1 monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe « Panier Libre » Classe B	85 €	85 €	85 €	85 €	85 €
• 1 monture + 2 verres complexes « Panier Libre » Classe B	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
• 1 monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe « Panier Libre » Classe B	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
• 1 monture + 2 verres très complexes « Panier Libre » Classe B	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
• Equipement mixte : combinaison de verres et monture de classe A et B	A concurrence des montants des équipements de classe B selon typologie du verre, déduction faite des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels dans la limite des prix limites de vente				
Lentilles remboursées ou non par le R.O. (forfait par assuré renouvelable tous les deux ans sauf en cas d'évolution justifiée de la vue et pour les mineurs, forfait renouvelable une fois par an)	70 €	70 €	100 €	150 €	200 €
Chirurgie réfractive : myopie, astigmatisme, hypermétropie (par an et par assuré)	150 €	150 €	200 €	200 €	250 €

Gamme des “Essentielles” et Gamme des “Intégrales”

Option “Bien-être”

Forfaits supplémentaires : Aides auditives, matériel médical, cure thermique et médecine douce	Intégrale 100	Essentielle 125	Intégrale 125	Essentielle 150	Intégrale 150	Essentielle 200	Intégrale 200	Essentielle 350	Intégrale 350
Aides auditives									
Aides auditives jusqu'au 31/12/2020 inclus									
• Appareil auditif remboursé par le RO ou assistant d'écoute acheté en pharmacie non remboursé par le RO (par oreille, par an et par assuré,) dont :	169 €	169 €	169 €	169 €	169 €	169 €	169 €	169 €	169 €
» Accessoires remboursés par le RO	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €
Aides auditives à compter du 01/01/2021 Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition									
• Forfait supplémentaire équipements «Panier Libre» Classe II remboursés par le RO (par oreille, par assuré, dans la limite de 1 700 € par oreille incluant le remboursement de la Sécurité sociale et le Ticket modérateur)	128 €	128 €	128 €	128 €	128 €	128 €	128 €	128 €	128 €
• Forfait supplémentaire équipements Accessoires remboursés par le RO	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €
Matériel médical									
• Matériel médical (orthopédiques, capillaires, mammaires, bas de contention ...)	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Cure thermique (acceptée par le R.O.)									
• Frais de transport et d'hébergement (par an et par assuré)	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Médecine douce									
• Actes d'ostéopathe, étioopathe, chiropracteur, acupuncteur, kinésologue, micro-kinésithérapeute, naturopathe, sexologue, sophrologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, phytothérapeute, shiatsu, diététicien, nutritionniste, pédicure, podologue (par an et par assuré, toutes spécialités confondues)	0,8 % PMSS par acte Maximum 3 actes	Maximum 3 actes supplémentaires dans la limite des montants garantis en base							

Les commentaires associés aux renvois sont en page n° 17.

Formule Hospitalisation

Nature des prestations	Hospitalisation 200
Hospitalisation médicale, chirurgicale, à domicile (2)	
• Frais de séjour	200 % TBR
• Honoraires Médicaux et chirurgicaux Médecins adhérents OPTAM et OPTAM-CO	220 % TBR
• Honoraires Médicaux et chirurgicaux Médecins Nonadhérents OPTAM et OPTAM-CO	200 % TBR
• Participation forfaitaire pour actes lourds (Art. R160-16 du Code de la SS)	inclus
• Forfait journalier hospitalier (illimité)	Frais réels
• Chambre particulière y compris maternité (illimité)	2,5 % PMSS par jour
• Lit d'accompagnement (illimité)	1 % PMSS par jour
• Frais TV, Internet, Téléphone (15 jours par an)	0,65 % PMSS par jour
• Transport	200 % TBR

- (1) Le remboursement des consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilées est limité à 100 % du TBR **au-delà de 12 consultations par assuré et par an.**
- (2) Toute hospitalisation dans un établissement, un centre ou un service de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle (sauf hospitalisation consécutive à un accident corporel garanti, déclaré pendant la validité du contrat), de moyen séjour, de convalescence, de repos, de gériatrie ou de gérontologie, de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilées, de cure (hors cure thermale) ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire et les aériums est prise en charge :
 - dans la limite de 100 % du TBR **au-delà de 60 jours par assuré et par an pour les frais de séjours et honoraires médicaux ;**
 - **dans la limite maximum de 60 jours par assuré et par an pour la chambre particulière, sous réserve que cette prestation soit garantie dans la formule souscrite.**
- (3) Le forfait naissance ou adoption est versé une seule fois par foyer à l'un des parents assuré au contrat depuis au moins neuf mois.
- (4) **Orthodontie remboursée par le RO - Forfait supplémentaire par semestre et par assuré :** Par semestre, on entend : le semestre de traitement tel que défini par la Sécurité sociale et codifié TO 90.
- (5) **Verre simple :**
 - verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries,
 - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
 - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.**Verre complexe :**
 - verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries,
 - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
 - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
 - verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
 - verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries,
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.**Verre très complexe :**
 - verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries,
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
- (6) Exemples d'actes de prévention : un détartrage annuel, dépistage de l'hépatite B, scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant le quatorzième anniversaire, certains vaccins en fonction de l'âge de l'assuré (diphtérie, tétanos et poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, haemophilis, etc), dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, etc.
- (7) Au delà du plafond annuel dentaire, les prothèses dentaires sont prises en charge dans la limite de 100% du TBR.
- (8) En application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires :
 - à compter du 1^{er} janvier 2020, les soins prothétiques dentaires faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100% Santé » seront intégralement pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie,
 - à compter du 1^{er} janvier 2020, les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100% Santé » seront intégralement pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix limites de vente fixés par la Liste des produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale,
 - à compter du 1^{er} janvier 2021, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100% Santé » seront intégralement pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix limites de vente fixés par la Liste des produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
- (9) La garantie est acquise si l'assuré est âgé de moins de 50 ans à la souscription du contrat. L'âge pour l'octroi de la garantie se détermine par différence de millésime quel que soit le mois de naissance.
 Exemple 1 : Année de souscription du contrat : 2019 – Année de Naissance de l'assuré : 1969 – L'âge de l'assuré : 2019 – 1969 = 50 ans → La garantie n'est pas acquise.
 Exemple 2 : Année de souscription du contrat : 2019 – Année de Naissance de l'assuré : 1970 – L'âge de l'assuré : 2019 – 1970 = 49 ans → La garantie est acquise.
- (10) L'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (pour les Chirurgiens et Obstétriciens) sont des conventions signées entre les médecins du secteur 2 ainsi que certains médecins du secteur 1 autorisés à facturer des dépassements d'honoraires et l'assurance maladie. Lorsqu'un médecin signe cette convention, il s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires. La liste des médecins signataires de ce dispositif est disponible sur www.ameli-direct.fr

Quelques précisions...

R.O.

Régime obligatoire.

Tarif de base de remboursement (TBR)

Il s'agit du tarif fixé par les régimes obligatoires pour déterminer le remboursement lié aux soins dispensés par les praticiens ayant adhéré à la "Convention Nationale".

% TBR (tarif de base de remboursement)

Le taux indiqué s'applique au tarif de base de remboursement du régime obligatoire, le résultat représente l'ensemble des prestations (régime obligatoire et Aréas confondus) dans la limite des frais restant à la charge de l'assuré.

Modalité de calcul à concurrence de 150 % TBR :

R.O.	Aréas
Tarif de base de remboursement R.O. x Taux de remboursement R.O. 20 € x 70 % = 14 €	(Tarif de base de remboursement R.O. x 150%) - Remboursement du R.O. (20 € x 150 %) - 14 € = 16 €

% TRO (taux de remboursement du régime obligatoire)

Le taux indiqué s'applique au taux de remboursement du régime obligatoire, le remboursement d'Aréas s'ajoute à celui du régime obligatoire ou de tout autre régime dans la limite des frais restant à la charge de l'assuré.

Modalité de calcul à concurrence de 200 % TRO :

R.O.	Aréas
Tarif de base de remboursement R.O. x Taux de remboursement R.O. 20 € x 70 % = 14 €	Remboursement R.O. x 200 % 14 € x 200 % = 28 €

Année de référence

La première année se calcule de la date de prise d'effet jusqu'au 31 décembre qui suit, puis du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année.

Limites et forfaits annuels hors équipements optiques (monture et verres) et aides auditives

Les limites et forfaits annuels s'entendent par année civile.

PMSS

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

Le PMSS évolue au 1^{er} janvier de chaque année. Valeur PMSS au 1^{er} janvier 2020 : 3428 €

Contrat responsable

Les formules santé s'inscrivent dans le cadre du dispositif des contrats dits responsables (la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et ses décrets d'application) :

- respect du parcours de soins,
- obligation de ne pas prendre en charge la contribution forfaitaire appliquée aux consultations, actes de laboratoires, actes de radiologie et les franchises médicales,
- couverture obligatoire de l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé sauf les cures thermales, les médicaments dont le service médical rendu est faible ou modéré ainsi que l'homéopathie (décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014),
- prise en charge de l'intégralité du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé (décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014),
- prise en charge obligatoire de l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements relevant du Panier de soins dit « 100% Santé » en optique et dentaire à compter du 1^{er} janvier 2020 et en audiologie à compter du 1^{er} janvier 2021 (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019),
- encadrement de la prise en charge des équipements optiques ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée par des plafonds et planchers variables selon la correction (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) ; Le plafonnement de la prise en charge de la monture à 100 €,
- limitation à un équipement optique par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé est possible s'il correspond à l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019),
- plafonnement, à compter du 1^{er} janvier 2021, de la prise en charge des équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée à 1 700 € par oreille comprenant le remboursement de la Sécurité sociale et le Ticket modérateur (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) ;
- limitation, à compter du 1^{er} janvier 2021, à un équipement auditif par oreille par période de quatre ans à compter de la dernière acquisition (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) ;
- limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif de l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et de l'OPTAM-CO (pour les Chirurgiens et Obstétriciens) ; la prise en charge est obligatoirement inférieure de 20 % à celle des dépassements d'honoraires des médecins qui adhèrent à ce dispositif (décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014).
- Accès au tiers payant pour tout acte médical dispensé auprès d'un professionnel de santé pratiquant le tiers payant sur la part couverte par les contrats d'assurance complémentaire des assurés et sous réserve que le tiers payant du régime obligatoire ait été pratiqué (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016).

L'offre 100% Santé s'adresse à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé responsable. Elle permet un remboursement intégral par le régime obligatoire et la complémentaire santé de certains soins prothétiques dentaires et certains équipements optiques ou auditifs appartenant au Panier de soins 100% Santé quelle que soit la formule souscrite. Ce panier est fixé par la réglementation et a été défini par l'Etat, l'Assurance Maladie et les professionnels de santé.

Les autres soins prothétiques et équipements optiques ou auditifs hors "Panier 100% Santé" dits "Panier Modéré" ou "Panier Libre" restent à tarifs libres. Ils continuent à être pris en charge selon les garanties, les montants et les limites prévus au titre de la formule souscrite.

L'assuré est libre de choisir entre un équipement Panier 100 % Santé ou un autre équipement « Panier Libre ».

Optique : A compter du 1^{er} janvier 2020

Deux paniers sont prévus :

- Le Panier 100% Santé (classe A) sans reste à charge : Les équipements 100% Santé sont remboursés intégralement par la Sécurité sociale et la complémentaire santé. Les prix sont encadrés par des Prix limites de vente négociés avec les professionnels de santé.
- Le Panier Libre (classe B) pour lequel les prix resteront libres et dont le remboursement se fera selon les garanties, les montants et les limites prévus au titre de la formule souscrite.

L'assuré a la possibilité de mixer les équipements en combinant les classes A et B. L'assuré peut par exemple choisir des verres sans reste à charge (classe A) et une monture (classe B) en dehors du Panier 100% Santé. Celle-ci lui sera remboursée dans la limite du plafond des équipements appartenant au Panier Libre après déduction des prix des verres de classe A.

Renouvellement de l'équipement :

L'assuré peut renouveler son équipement à compter de la dernière acquisition :

- > Tous les deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus, réduit à un an en cas d'évolution justifiée de la vue ;
- > Tous les ans pour les assurés de moins de 16 ans, non applicable pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste ;
- > Tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ;
- > Aucun délai pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales définies réglementairement par le Code de la Sécurité sociale.

Dentaire : A compter du 1^{er} janvier 2020

Trois paniers de prestations et de soins prothétiques selon le type de prothèse, la position de la dent (visible ou non visible) et le matériau utilisé :

- Le Panier 100% Santé sans reste à charge : les soins prothétiques 100% Santé sont remboursés intégralement par la Sécurité sociale et la complémentaire santé. Les prix sont encadrés par des honoraires limites de facturation négociés avec les professionnels de santé.
- Le Panier Modéré avec des tarifs encadrés négociés avec les professionnels de santé.
- Le Panier Libre pour lequel les prix resteront libres.

Les équipements des Paniers Modérés ou Libres seront remboursés selon les garanties, les montants et les limites prévus au titre de la formule souscrite.

Aide Auditive : A compter du 1^{er} janvier 2021

Deux paniers de soins :

- Le Panier 100 % Santé (Classe I) sans reste à charge : les équipements 100% Santé sont remboursés intégralement par la Sécurité sociale et la complémentaire santé. Les prix sont encadrés par des Prix limites de vente négociés avec les professionnels de santé.
- Le Panier Libre (Classe II) pour lequel les prix resteront libres, avec des équipements remboursés selon les garanties, les montants et les limites prévus au titre de la formule souscrite. La prise en charge des équipements auditifs est cependant plafonnée, conformément au dispositif des contrats responsables à 1 700 € par oreille comprenant le remboursement de la Sécurité sociale et le Ticket modérateur.

Renouvellement de l'équipement :

La prise en charge est limitée à un équipement auditif par oreille par période de quatre ans à compter de la dernière acquisition.

Les garanties

24. Situation des garanties au regard de la loi du 13 août 2004 et modalités de remboursement

24.1 Situation des garanties au regard de la loi du 13 août 2004

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dits « contrats responsables » définis par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets d'application et arrêtés.

La réforme de l'assurance maladie qui découle de cette loi est principalement axée sur le respect du parcours de soins coordonné.

Le régime obligatoire sanctionne le non-respect du parcours de soins en diminuant ses remboursements et en autorisant les médecins spécialistes du « secteur 1 » consultés à majorer leurs honoraires.

L'article L871-1 du Code de la sécurité sociale, complété par les articles R871-1 et R871-2 du même Code, pose des exigences pour les contrats complémentaire santé pour qu'ils puissent bénéficier des aides fiscales ou sociales prévues par la législation.

Ainsi, les garanties du contrat ne remboursent pas :

- la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins,
- un « reste à charge » sur les dépassements d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins,
- la participation forfaitaire et les franchises médicales laissées à la charge de l'assuré par le régime obligatoire (article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale).

Conformément à l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale dans sa version modifiée par le décret n° 2019-21 du 21 janvier 2019, les garanties du présent contrat comprennent :

- La prise en charge de :
 - l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé **sauf les cures thermales, les médicaments dont le service médical rendu est faible ou modéré ainsi que l'homéopathie ;**
 - l'intégralité du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé,
 - l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements relevant du panier de soins à prise en charge renforcée dit « 100% santé » en optique et dentaire à compter du 1^{er} janvier 2020 et en audiologie à compter du 1^{er} janvier 2021.
- un encadrement de la prise en charge des équipements optiques ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée par des plafonds et planchers variables selon la correction (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) ; Le plafonnement de la prise en charge de la monture à 100 €,
- une limitation à un équipement optique par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé est possible s'il correspond à l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019),
- un plafonnement, à compter du 1^{er} janvier 2021, de la prise en charge des équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée à 1 700 € par oreille comprenant le remboursement de la Sécurité sociale et le Ticket modérateur (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019),
- une limitation, à compter du 1^{er} janvier 2021, à un équipement auditif par oreille par période de quatre ans à compter de la dernière acquisition (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019),
- la limitation de la couverture des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif de l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et de l'OPTAM-CO (pour les Chirurgiens et Obstétriciens) ; la prise en charge est obligatoirement inférieure de 20 % à celle des dépassements

d'honoraires des médecins qui adhèrent à ce dispositif. La liste des médecins signataires de ce dispositif est disponible sur www.ameli-direct.fr

- l'accès au tiers payant pour tout acte médical dispensé auprès d'un professionnel de santé pratiquant le tiers payant sur la part couverte par les contrats d'assurance complémentaire des assurés et sous réserve que le tiers payant du régime obligatoire ait été pratiqué (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité.

24.2 Modalités de remboursement

Sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties inséré en page 12 des présentes Conditions générales :

- l'assureur rembourse les dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre du régime obligatoire,
- dans les formules Essentielle 200 et Intégrale 200, les prestations (à l'exception des honoraires des médecins dans le cadre de la médecine de ville, de la pharmacie, de la cure thermale et de l'hospitalisation) sont calculées sur la valeur du taux de remboursement du régime obligatoire en vigueur à la date des soins. Le remboursement de l'assureur s'ajoute au remboursement du régime obligatoire, et s'il y a lieu, aux prestations servies par tout autre organisme complémentaire,
- dans toutes les autres formules, les prestations sont calculées sur la valeur du tarif de base de remboursement en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement du régime obligatoire,
- les remboursements sont effectués poste par poste dans les conditions et les limites de la formule souscrite mentionnée au certificat d'adhésion et figurant au tableau des garanties,
- pour les actes et soins dispensés en secteur non conventionné, les remboursements sont calculés sur la base du tarif de convention.

Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins dispensés pendant la validité de l'adhésion au contrat. Le cumul des remboursements ne peut excéder les dépenses réellement engagées par l'assuré.

25. Quelques précisions sur les garanties de base selon la formule souscrite

25.1 Actes de prévention dans le cadre des contrats responsables

L'assureur prend en charge l'ensemble des actes de prévention prévus par la loi du 13 août 2004 et l'arrêté du 08 juin 2006 précités dans le cadre des contrats responsables.

25.2 Forfait pharmacie non remboursée par le régime obligatoire

L'assureur prend en charge, sur présentation de justificatifs et dans la limite du forfait prévu par la formule souscrite :

- les médicaments prescrits non remboursés par le régime obligatoire,
- les vaccins non remboursés par le régime obligatoire.

Ce forfait est accordé par an et par assuré.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

25.3 Médecine douce et de prévention

L'assureur garantit les dépenses d'actes d'ostéopathe, d'étiopathe, de chiropracteur, d'acupuncteur, de kinésologue, de micro-kinésithérapeute, de naturopathe, de sexologue, de sophrologue, de psychologue, de psychomotricien, d'ergothérapeute, de phytothérapeute, de shiatsu, de diététicien, de nutritionniste et/ou de pédicure-podologue médicalement prescrits non remboursés par le régime obligatoire dans la limite prévue par la formule souscrite.

Ces actes doivent être réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'école de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

Pour les actes de pédicure-podologie, un diplôme d'état est obligatoire.

Ce forfait est accordé par acte, limité en nombre d'acte par an et par assuré, toutes spécialités confondues, en un ou plusieurs remboursements.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

25.4 L'ostéodensitométrie ou l'amniocentèse ou la fécondation In Vitro

L'assureur garantit le remboursement d'acte d'ostéodensitométrie ou d'amniocentèse ou de fécondation In Vitro remboursés ou non par le régime obligatoire dans la limite du forfait et selon la formule souscrite.

Ce forfait est accordé par an et par assuré pour l'un des 3 actes.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

25.5 La psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilées

Quelle que soit la formule souscrite, le remboursement des consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilées est limité à 100 % du TBR au-delà de 12 consultations par assuré et par an.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

25.6 L'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, l'assureur rembourse :

- le prix de la journée de l'établissement,
- les frais de salle d'opération ou d'accouchement,
- les honoraires médicaux et chirurgicaux c'est à dire les frais de soins dispensés pendant une hospitalisation ou au cours d'une intervention chirurgicale,
- la pharmacie et les produits sanguins,
- les frais de grand appareillage et de prothèses internes,
- le forfait journalier hospitalier,
- les frais de la chambre particulière dans la limite du plafond journalier de la formule souscrite,
- le lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un assuré dans la limite du plafond journalier de la formule souscrite,
- les frais de TV, d'internet et de téléphone dans la limite de la formule souscrite (au maximum 15 jours par an et par assuré),
- les frais de transport (aller et retour domicile / établissement hospitalier en vue d'une hospitalisation ou d'un transfert entre établissements hospitaliers),
- les frais engagés au titre d'une hospitalisation à domicile définie comme telle par le contrôle médical du régime obligatoire.

Dans la formule Hospitalisation 200, sont également pris en charge les frais de soins pré et post-opératoires prescrits dans le mois précédant ou suivant l'intervention chirurgicale et directement liés à celle-ci.

Il est précisé que les soins et consultations externes ne sont pas assimilés à une hospitalisation.

Les limitations de l'hospitalisation :

Quelle que soit la formule souscrite, toute hospitalisation dans un établissement, un centre ou un service de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle (sauf hospitalisation consécutive à un accident corporel garanti, déclaré pendant la validité du contrat), de moyen séjour, de convalescence, de repos, de gériatrie ou de gérontologie, de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilées, de cure, diététique, climatique ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire et les aériums est prise en charge :

- dans la limite de 100 % du TBR au-delà de 60 jours par an et par assuré pour les frais de séjours et honoraires médicaux,
- dans la limite maximum de 60 jours par assuré et par an pour la chambre particulière, sous réserve que cette prestation soit garantie dans la formule souscrite.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

Cette disposition ne s'applique pas en cas d'hospitalisation dans un établissement, un centre ou un service de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle qui serait la conséquence d'un accident corporel garanti, déclaré pendant la validité du contrat.

25.7 Les forfaits prothèses dentaires et orthodontie du

Panier Modéré et du Panier Libre

En complément du remboursement et selon la formule souscrite, l'assureur garantit :

- le versement d'un forfait pour couvrir les frais de prothèses dentaires remboursés par le régime obligatoire. Ce forfait est accordé par an et par assuré en un ou plusieurs remboursements. Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante,
- le versement d'un forfait pour couvrir les frais d'orthodontie remboursés par le régime obligatoire. Ce forfait est accordé par semestre de traitement tel que défini par la Sécurité sociale, codifié TO 90 par la Nomenclature des actes de la Sécurité sociale, et par assuré en un ou plusieurs remboursements. Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

Les prestations prothèses dentaires et orthodontie du Panier Modéré et du Panier Libre de la garantie de base sont limitées à un plafond annuel par an et par assuré, en un ou plusieurs remboursements.

Au delà du plafond annuel dentaire, les prothèses dentaires du Panier Modéré et du Panier Libre sont prises en charge dans la limite de 100 % du TBR.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

25.8 Les forfaits optiques du Panier Libre (hors formule ECO)

a) Forfait équipement optique : 1 monture et 2 verres

Sur présentation du décompte du régime obligatoire et de la facture acquittée de l'opticien, l'assureur garantit le versement d'un forfait, incluant le ticket modérateur, pour couvrir les frais d'un équipement optique (une monture et 2 verres), remboursé par le régime obligatoire, variable en fonction du niveau de correction de la vue. **La prise en charge de la monture est plafonnée à 100 €.**

Ce forfait est renouvelable à compter de la dernière acquisition :

- tous les deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus, réduit à un an en cas d'évolution justifiée de la vue,
- tous les ans pour les assurés de moins de 16 ans, mais non applicable pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste,
- tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur,
- aucun délai pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales définies par le Code de la Sécurité sociale.

Le reliquat n'est pas reporté l'année suivante.

En cas de renouvellement de l'équipement optique dans le cadre d'une évolution de la vue, le remboursement se fera sur présentation, soit de la nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit de la prescription initiale comportant les mentions rectificatives portées par l'opticien.

b) Forfait lentilles de contact

Sur présentation de la facture acquittée de l'opticien, l'assureur garantit le versement d'un forfait pour couvrir les frais de lentilles de contact acceptées ou refusées par le régime obligatoire.

Ce forfait est accordé par assuré, en un ou plusieurs remboursements et renouvelable tous les deux ans sauf en cas d'évolution justifiée de la vue et pour les mineurs. Dans ces deux cas, le forfait est renouvelable une fois par an.

Le reliquat n'est pas reporté l'année suivante.

En cas de renouvellement des lentilles dans le cadre d'une évolution de la vue, le remboursement se fera sur présentation, soit de la nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit de la prescription initiale comportant les mentions rectificatives portées par l'opticien.

c) Forfait chirurgie réfractive

Sur présentation de la facture acquittée, l'assureur garantit le versement d'un forfait pour couvrir les frais de la chirurgie réfractive de la myopie, de l'astigmatisme ou de l'hypermétropie médicalement prescrite.

Ce forfait est accordé par an et par assuré, en un ou plusieurs remboursements.

Le reliquat n'est pas reporté l'année suivante.

25.9 Aides auditives

25.9.1 Le forfait prothèse auditive ou assistant d'écoute applicable jusqu'au 31/12/2020 inclus

Selon la formule souscrite, l'assureur garantit le versement d'un forfait pour couvrir :

- les frais d'appareil auditif en complément du remboursement du régime obligatoire, sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée,
- ou les frais d'un assistant d'écoute acheté en pharmacie et non remboursé par le régime obligatoire, sur présentation de la facture acquittée.

Ce forfait comprend également les frais d'accessoires remboursés par le régime obligatoire dans la limite du montant prévu par la formule souscrite.

Ce forfait est accordé par oreille, par an et par assuré.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

25.9.2 Les forfaits équipement auditif du Panier Libre (Classe II) applicable à compter du 01/01/2021

Selon la formule souscrite, l'assureur garantit le versement d'un :

- forfait pour couvrir les frais d'un équipement auditif en complément du remboursement du régime obligatoire, sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée,
- forfait pour couvrir les frais d'accessoires en complément de la Sécurité sociale.

Conformément au dispositif des contrats responsables, la prise en charge des équipements auditifs est plafonnée à 1 700 € par oreille comprenant le remboursement de la Sécurité sociale et le Ticket modérateur. Elle est limitée à un équipement auditif par oreille par période de quatre ans à compter de la dernière acquisition.

25.10 Le forfait naissance ou adoption

Sur présentation de l'acte de naissance ou de la copie du jugement d'adoption de l'enfant, l'assureur garantit le versement d'un forfait à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant.

Ce forfait est payable une seule fois par foyer à l'un des parents assuré, sur le même contrat ou par un contrat séparé, depuis au moins 9 mois.

25.11 Le forfait cure thermale

En complément du remboursement et sur présentation de justificatifs, l'assureur garantit le remboursement des frais de cure thermale (frais de transport et d'hébergement) médicalement prescrite et prise en charge par le régime obligatoire.

Ce forfait est accordé par an et par assuré, en un ou plusieurs remboursements.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

25.12 Les frais d'obsèques

En cas de décès d'un assuré et sur présentation de l'original de la facture acquittée des pompes funèbres, l'assureur garantit le remboursement des frais d'obsèques dans la limite du montant de la formule souscrite.

26. Les garanties optionnelles

26.1 Renfort dentaire et optique de la gamme des "Intégrales" du Panier Modéré ou Libre

L'assureur garantit si l'option « renfort dentaire et optique » est souscrite :

26.1.1 Dentaire : Panier Modéré et Libre

a) Le versement d'un forfait complémentaire pour couvrir :

- pour l'ensemble des formules, les frais de prothèses dentaires remboursés par le régime obligatoire,
- pour les formules Intégrale 125, Intégrale 150, Intégrale 200 et Intégrale 350, les frais de prothèses dentaires, des implants, de l'orthodontie, de la parodontologie ou de tout autre acte non remboursés par le régime obligatoire ou hors nomenclature.

Ce forfait est accordé par an et par assuré en un ou plusieurs remboursements.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

b) Le versement d'un forfait complémentaire pour couvrir :

- les frais d'orthodontie remboursés par le régime obligatoire.

Ce forfait est accordé par semestre de traitement tel que défini par la Sécurité sociale, codifié TO 90 par la Nomenclature des actes de la Sécurité sociale, et par assuré en un ou plusieurs remboursements.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

26.1.2 Optique: Panier Libre

a) Forfait équipement optique : 1 monture et 2 verres

L'assureur garantit le versement d'un forfait complémentaire pour couvrir les frais d'un équipement optique (une monture et 2 verres) variable en fonction du niveau de correction de la vue.

La prise en charge de la monture reste plafonnée à 100 € pour la garantie de base plus le renfort.

Ce forfait est renouvelable à compter de la dernière acquisition :

- tous les deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus, réduit à un an en cas d'évolution justifiée de la vue,
- tous les ans pour les assurés de moins de 16 ans, non applicable pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste,
- tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur,
- aucun délai pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales définies par le Code de la Sécurité sociale.

Le reliquat n'est pas reporté l'année suivante.

b) Forfait lentilles de contact

L'assureur garantit le versement d'un forfait complémentaire pour couvrir les frais de lentilles de contact acceptées ou refusées par le régime obligatoire.

Ce forfait est accordé par assuré, en un ou plusieurs remboursements et renouvelable tous les deux ans sauf en cas d'évolution justifiée de la vue et pour les mineurs. Dans ces deux cas, le forfait est renouvelable une fois par an.

Le reliquat n'est pas reporté l'année suivante.

c) Forfait chirurgie réfractive

L'assureur garantit le versement d'un forfait complémentaire pour couvrir les frais de la chirurgie réfractive de la myopie, de l'astigmatisme ou de l'hypermétropie médicalement prescrite.

Ce forfait est accordé par an et par assuré, en un ou plusieurs remboursements.

Le reliquat n'est pas reporté l'année suivante.

26.2 Option "Bien-être" - Option réservée à la gamme des "Essentielles" et à la gamme des "Intégrales"

L'assureur garantit si l'option « Bien-être » est souscrite :

26.2.1 Aides auditives

26.2.1.1 Le forfait prothèse auditive ou assistant d'écoute applicable jusqu'au 31/12/2020 inclus

Le versement d'un forfait complémentaire pour couvrir :

- les frais d'appareil auditif en complément du remboursement du régime obligatoire, sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée,
- ou les frais d'un assistant d'écoute acheté en pharmacie et non remboursé par le régime obligatoire, sur présentation de la facture acquittée.

Ce forfait comprend également les frais d'accessoires remboursés par le régime obligatoire dans la limite du montant prévu par la formule souscrite.

Ce forfait est accordé par oreille, par an et par assuré.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

26.2.1.2 Les forfaits équipement auditif du Panier Libre (Classe II) applicable à compter du 01/01/2021 :

Selon la formule souscrite, l'assureur garantit le versement d'un :

- forfait pour couvrir les frais d'un équipement auditif en complément du remboursement du régime obligatoire, sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée,
- forfait pour couvrir les frais d'accessoires en complément de la Sécurité sociale.

Conformément au dispositif des contrats responsables, la prise en charge des équipements auditifs est plafonnée à 1 700 € par oreille comprenant le remboursement de la Sécurité sociale et le Ticket modérateur. Elle est limitée à un équipement auditif par oreille par période de quatre ans à compter de la dernière acquisition.

26.2.2 Cure thermale

Sur présentation de justificatifs, le versement d'un forfait complémentaire pour couvrir les frais de cure thermale (frais de transport et d'hébergement) médicalement prescrite et prise en charge par le régime obligatoire.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

26.2.3 Médecine douce et de prévention

Les dépenses d'actes d'ostéopathe, d'étiopathe, de chiropracteur, d'acupuncteur, de kinésologue, de micro-kinésithérapeute, de naturopathe, de sexologue, de sophrologue, de psychologue, de psychomotricien, d'ergothérapeute, de phytothérapeute, de shiatsu, de diététicien, de nutritionniste et/ou de pédicure-podologue médicalement prescrits non remboursés par le régime obligatoire dans la limite du forfait complémentaire de la formule souscrite.

Ces actes doivent être réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'école de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

Pour les actes de pédicure-podologie, un diplôme d'état est obligatoire.

Ce forfait est accordé par acte, limité en nombre d'acte par an et par assuré, toutes spécialités confondues, en un ou plusieurs remboursements.

Le reliquat éventuel n'est pas reporté l'année suivante.

27. Evolution des garanties

Les montants de garantie indiqués au tableau des garanties et exprimés en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) varient en fonction de l'évolution de la valeur du PMSS, établi au 1^{er} janvier de chaque année.

28. Entrée en vigueur des garanties

Sauf dispositions contraires indiquées au certificat d'adhésion, les garanties sont acquises :

28.1 Formules : Intégrale 100, Essentielle 125 et Intégrale 125, Essentielle 150 et Intégrale 150

• sans délai d'attente (sauf pour le forfait maternité ou adoption).

28.2 Formules : Essentielle 200 et Essentielle 350

Sans délai d'attente :

- en cas d'accident et de soins courants,
- pour tous les soins dispensés à un enfant né ou adopté en cours de contrat à condition que l'enfant soit garanti au contrat dans le mois suivant sa naissance ou son adoption et que l'un des parents assuré au contrat depuis au moins 9 mois.

Après un délai d'attente de :

- 3 mois en cas d'intervention chirurgicale ou d'hospitalisation ou de cure thermale,
- 6 mois pour tout appareillage ou prothèse (hors optique et dentaire).

Ces délais d'attente s'appliquent uniquement sur la partie du remboursement excédant le niveau des garanties de la formule Essentielle 150. Ils ne s'appliquent pas lorsqu'il s'agit d'un équipement ou d'un soin relevant du Panier 100% Santé.

28.3 Formules : Intégrale 200, Intégrale 350 et Hospitalisation 200

Sans délai d'attente :

- en cas d'accident et de soins courants,
- pour tous les soins dispensés à un enfant né ou adopté en cours d'adhésion au contrat à condition que l'enfant soit garanti au contrat dans le mois suivant sa naissance ou son adoption et que l'un des parents assuré au contrat depuis au moins 9 mois.

Après un délai d'attente de :

- 3 mois en cas d'intervention chirurgicale ou d'hospitalisation ou de cure thermale,

- 6 mois pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, les implants dentaires, la parodontologie et l'optique,
- 6 mois pour tout autre appareillage ou prothèse,

Ces délais d'attente s'appliquent uniquement sur la partie du remboursement excédant le niveau des garanties de la formule Intégrale 150. Ils ne s'appliquent pas lorsqu'il s'agit d'un équipement ou d'un soin relevant du Panier 100% Santé.

28.4 Forfait naissance ou adoption

- après un délai d'attente de 9 mois quelle que soit la formule souscrite.

28.5 Option "Renfort dentaire et optique"

- sans délai d'attente pour les options des formules Intégrale 100 et Intégrale 125,
- après un délai d'attente de 6 mois pour l'ensemble des prestations supplémentaires accordées pour les options des formules Intégrale 150, Intégrale 200 et Intégrale 350.

28.6 Option "Bien-être" - Gamme des "Essentielles" et Gamme des "Intégrales"

Option « Bien-être » souscrite avec les formules Essentielle 125 et Intégrales 100 et 125 :

- Sans délai d'attente.

Option « Bien-être » souscrite avec les formules Essentielles 150, 200 et 350 et Intégrales 150, 200 et 350 :

- Sans délai d'attente pour la médecine douce,
- 3 mois pour la cure thermale,
- 6 mois pour tout appareillage ou prothèse.

28.7 Augmentations de garantie et extensions d'assurance

Les délais d'attente sont applicables à toute augmentation de garanties ou extension d'assurance prévues par avenant en cours d'adhésion au contrat.

28.8 Abrogation des délais d'attente

Si l'assuré justifie des garanties équivalentes ou supérieures, les délais d'attente sont totalement abrogés (sauf pour le forfait maternité ou adoption) :

- en formules Essentielles 200 et 350,
- en formules Intégrales 200 et 350,
- les renforts optique et dentaire des formules Intégrales 150, 200 et 350,
- l'option 'bien être' des formules Essentielles 150, 200 et 350 et Intégrales 150, 200 et 350.

Le délai entre la résiliation du précédent contrat et la souscription du contrat complémentaire santé Aréas ne doit pas excéder un mois.

29. Territorialité des garanties

Les garanties du contrat s'exercent en France Métropolitaine.

Les garanties s'exercent également dans le monde entier lors de voyages et de séjours n'excédant pas une durée continue de trois mois pour :

- les dépenses de santé prises en charge par le régime obligatoire,
- les frais de montures, verres et lentilles remboursés ou non par le régime obligatoire.

Le règlement des prestations est effectué en France et en euros.

Les exclusions

30. Ne sont pas prises en charge les dépenses de santé qui sont la conséquence :

- d'un acte intentionnel de l'assuré,
- de la guerre civile ou étrangère,
- de la participation active de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de radioactivité ainsi que les dommages dus aux effets de radiation provoqués par l'accélération artificielle de particules,
- de la pratique de l'assuré de tout sport à titre professionnel.

Conformément au décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005, les exclusions mentionnées ci-dessus ne sont pas applicables dans la limite des taux de remboursement minimum mentionnés au paragraphe 24.1 des présentes conditions générales.

31. Sont également exclus :

- les actes non reconnus ou non remboursés par le régime obligatoire sauf dispositions contraires mentionnées dans le tableau des garanties,
- les actes ou soins réalisés antérieurement à la date d'effet de l'adhésion au contrat ou postérieurement à la date de la résiliation de l'adhésion au contrat,
- les séjours dans les maisons de retraite et dans les établissements ou les services destinés à l'hébergement des personnes n'ayant plus leur autonomie (dits hospitalisation de long séjour),
- les séjours dans les établissements, services ou instituts médico-sociaux, médico-psycho-pédagogiques ou médico-éducatifs et assimilés,
- l'ensemble des frais relatifs aux soins esthétiques, aux cures de rajeunissement et aux interventions de chirurgie esthétique de toute nature ainsi que leurs suites et conséquences sauf si ces interventions sont prises en charge par le régime obligatoire.
- les frais de voyage et d'hébergement en cas de cure thermale sauf le forfait accordé selon la formule souscrite,
- la contribution forfaitaire par acte ou par consultation mentionnée à l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration du ticket modérateur et / ou les dépassements d'honoraires pouvant résulter du non-respect du parcours de soins coordonné mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.

Le remboursement des prestations

32. Formalités à accomplir

Pour obtenir le règlement des prestations, l'assuré doit adresser à l'assureur les pièces suivantes :

- les décomptes originaux du régime obligatoire (si l'assuré ne bénéficie pas de la Télétransmission), et s'il y a lieu, les décomptes originaux établis par d'autres organismes de prévoyance,
- les originaux des notes d'honoraires ou des factures acquittées justifiant les dépenses réelles et détaillant les actes et les prestations réalisés,
- l'acte de naissance ou la copie du jugement d'adoption de l'enfant pour le versement du forfait maternité ou adoption,
- l'acte de décès et l'original de la facture acquittée des pompes funèbres pour le remboursement des frais d'obsèques.

Les demandes de remboursement doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans qui suivent la date de cessation des soins sous peine de déchéance (sauf cas fortuit ou de force majeure).

La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime obligatoire sur le décompte pour les actes remboursables et la date à laquelle les soins ont été dispensés pour les actes non remboursables par le régime obligatoire.

Si l'assuré est victime d'un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers, l'assuré doit impérativement communiquer à l'assureur les renseignements suivants :

- la date, le lieu et les circonstances de l'accident,
- le nom et adresse de l'auteur responsable,
- si possible, les noms et prénoms des témoins,
- l'existence éventuelle d'un rapport de police ou de gendarmerie.

Par la suite, adresser :

- le certificat de guérison ou de consolidation des blessures.

33. Contrôle des prestations versées

L'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré ayant perçu des prestations, tout renseignement ou document qu'il jugera nécessaire pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ont un caractère médical, l'assuré pourra les adresser directement sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'assureur.

34. Expertise

L'assureur se réserve le droit de faire expertiser l'assuré par un médecin de son choix, à tout moment.

L'assuré doit accepter de se soumettre au contrôle des médecins de l'assureur. Si après avoir refusé de se soumettre au contrôle d'un premier médecin, l'assuré refuse également d'accepter celui d'un deuxième médecin, sauf motif dûment justifié, le service des prestations sera suspendu ou supprimé.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise amiable est toujours obligatoire, sous réserve des droits respectifs des parties. Chacune des deux parties choisit un médecin expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert. Les trois experts opèrent en commun et émettent un avis à la majorité des voix. Faute, par l'une des parties de nommer son expert ou par les deux experts de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'adhérent. Cette nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt quinze jours après l'envoi à l'autre partie, d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers expert et des frais de nomination.

L'assureur s'engage à verser les prestations dans les 15 jours qui suivent l'accord des parties ou la décision judiciaire exécutoire. En cas d'opposition, ce délai ne court que du jour de la mainlevée.

35. Subrogation

L'assureur est subrogé dans les termes de l'article L. 121-12 du Code jusqu'à concurrence des prestations payées par lui, dans les droits et action de l'assuré contre tout responsable du sinistre.

Si la subrogation ne peut plus, du fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur, la garantie de celui-ci cesse d'être engagée dans la mesure même où aurait pu s'exercer la subrogation.

36. Conséquence de fausses déclarations

L'assuré ou l'adhérent qui, de mauvaise foi, fait de fausses déclarations ou présente des documents falsifiés afin d'obtenir des prestations indues est déchu de tout droit à la garantie pour ces prestations. L'assureur se réserve le droit de récupérer les prestations indues et de résilier l'adhésion au contrat.

La vie du contrat

Effet, durée et résiliation du contrat groupe

37. Effet et durée du contrat groupe

Le présent contrat groupe prend effet le 13 février 1994, date de la parution de la loi n° 94-126 du 11 février 1994. Il est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de la même année.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties contractantes notifiée par lettre recommandée deux mois avant chaque date de renouvellement.

Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat.

38. Résiliation du contrat groupe

Le contrat groupe peut être résilié dans les cas suivants :

38.1 Par l'association souscriptrice

En cas de résiliation par l'assureur d'un autre contrat de l'association souscriptrice après sinistre (article R. 113.10 du Code).

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités (article L113-15-2 du Code des assurances).

38.2 Par l'assureur

Après sinistre, l'association souscriptrice ayant alors le droit de résilier les autres contrats souscrits par elle auprès de l'assureur (article R. 113.10 du Code).

38.3 Par l'association souscriptrice ou l'assureur

Après expiration d'un délai de un an, moyennant un préavis de deux mois avant la date de renouvellement (article L. 113-12 du Code).

38.4 De plein droit

En cas de retrait de l'agrément de l'assureur (article L. 326-12 du Code).

39. Modalités de résiliation du contrat groupe

Lorsque l'association souscriptrice a la faculté de résilier le contrat, elle peut le faire, à son choix, par lettre ou tout support durable, par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur, par acte extrajudiciaire, ou par lettre recommandée avec accusé de réception. L'assureur confirme par écrit la réception de la notification de résiliation.

La résiliation par l'assureur doit être notifiée à l'association souscriptrice par lettre recommandée à sa dernière domiciliation connue.

Les préavis ou délais courent à partir de la date d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

40. Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat groupe

Les garanties résultant d'une adhésion donnée cessent à effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat groupe.

Toutefois, les prestations acquises ou nées avant la date de résiliation ou du non renouvellement sont maintenues dans la limite de la durée contractuelle des obligations de l'assureur.

Adhésion au contrat groupe

41. Déclaration du risque lors de l'adhésion

Pour adhérer au contrat groupe, tout membre de l'association doit remplir et signer une demande d'adhésion comportant des questionnaires de déclaration sur son état de santé, ses antécédents médicaux, le fait qu'il soit fumeur ou non fumeur, ses

activités professionnelles et sportives, ses autres contrats prévoyant des prestations similaires.

En complémentaire santé, aucun questionnaire de santé n'est à renseigner par l'adhérent.

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'adhérent et sa cotisation est fixée en conséquence.

L'adhérent doit, **sous peine de sanctions prévues ci-après**, répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans les questionnaires de déclaration du risque, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge.

Ces documents sont adressés à l'assureur qui se réserve le droit de demander au futur adhérent de se soumettre, en fonction des réponses faites au questionnaire de santé, à une visite médicale ou à tout autre examen qu'il jugerait nécessaire et de lui fournir toutes précisions ou complément d'informations lui permettant l'appréciation du risque.

L'adhérent doit également être en mesure de justifier au moment de l'adhésion et tout au long de la validité du contrat, qu'il est à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes légaux d'assurances obligatoires en produisant une copie de sa carte d'assuré social en cours de validité ainsi que l'attestation délivrée par sa Caisse d'assurance vieillesse.

42. En cours d'adhésion

L'adhérent doit, **sous peine de sanctions prévues ci-après**, déclarer à l'assureur, dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance, les circonstances nouvelles (à l'exclusion de celles relatives à l'état de santé de l'adhérent) qui ont pour conséquences, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans les questionnaires de déclaration mentionnés au paragraphe 41.

L'adhérent doit déclarer à l'assureur :

Pour les garanties de prévoyance :

- le fait qu'il se mette ou se remette à fumer, même occasionnellement alors que lors de son adhésion il déclarait être non fumeur,

Par ailleurs, l'adhérent qui bénéficie de garanties incapacité temporaire de travail doit indiquer à l'assureur toute minoration de ses revenus afin que le montant garanti par l'assureur soit conforme au niveau réel des revenus de l'adhérent.

Pour les garanties de prévoyance et la garantie complémentaire santé :

- toute cessation ou tout changement d'affiliation au régime obligatoire,
- tout changement d'activités professionnelles ou des conditions dans lesquelles celles-ci sont exercées,
- un arrêt temporaire ou définitif de toute activité professionnelle, et en particulier si l'adhérent fait valoir ses droits à l'assurance vieillesse,
- un changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine.

Pour la garantie complémentaire santé :

- tout changement dans la situation d'un assuré (changement de situation familiale, naissance, mariage, décès, etc.)

43. Sanctions

a) **Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent a changé l'objet du risque ou en a modifié l'appréciation par l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur le sinistre, l'adhésion est nulle (article L. 113.8 du Code).**

b) L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent, dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'adhésion.

En cas de constatation après sinistre, **l'indemnité de sinistre est réduite en proportion** des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Effet, durée et résiliation de l'adhésion au contrat groupe

44. Effet de l'adhésion

L'assureur remet à l'adhérent un certificat d'adhésion qui indique notamment les garanties souscrites, le montant des prestations et des cotisations ainsi que les exclusions éventuelles.

L'adhésion ne produit ses effets qu'à la date fixée au certificat d'adhésion sous réserve du paiement de la première cotisation et des dispositions prévues aux paragraphes 9 et 28 des présentes conditions générales.

Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant au certificat d'adhésion.

45. Durée, renouvellement et cessation de l'adhésion

45.1 Durée et renouvellement

L'adhésion au contrat est conclue pour la période comprise entre la date d'effet fixée au certificat d'adhésion et le 31 décembre de la même année.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque 1^{er} janvier pour une durée d'un an.

Dispositions particulières concernant la complémentaire santé (Arélia santé) : La garantie complémentaire santé est viagère dès la date d'adhésion au contrat.

45.2 Cessation de l'adhésion

L'adhésion au contrat peut être résiliée dans les cas et conditions ci-après :

45.2.1 Par l'adhérent

a) chaque année, **après l'expiration d'un délai de un an**, moyennant un préavis de **deux mois** au moins avant la date d'échéance annuelle (article L113-12 du Code) ;

b) dans les conditions prévues par l'article L. 113-16 du Code, en cas de **changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession ainsi qu'en cas de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle**, lorsque les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle ;

c) en cas de **diminution du risque**, si l'assureur ne consent pas à une diminution du montant de la cotisation ;

d) en cas de résiliation par l'assureur d'un autre contrat de l'adhérent **après sinistre** (article R. 113-10 du Code) ;

e) en cas d'augmentation de la cotisation dans les conditions prévues au paragraphe 49.

Et uniquement pour la garantie complémentaire santé (Arélia Santé) :

f) pour tout assuré qui bénéficie de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) ou de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Dans ces deux cas, l'assuré doit produire :

- pour la CMU, la copie de la notification délivrée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
- pour l'ACS, la copie de l'attestation d'attribution de l'ACS et l'attestation d'un contrat souscrit auprès d'un assureur labellisé.

La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de la notification à l'assureur.

g) A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités (article L. 113-15-2 du Code). La résiliation prend effet un mois à compter de la date de réception de la notification à l'assureur.

h) Lorsque l'avis d'échéance adressé ne mentionne pas la date limite de dénonciation du contrat (article L113-15-1 du Code). La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification.

45.2.2 Par l'assureur

Pour les garanties de prévoyance (Arélia prévoyance) et la garantie complémentaire santé (Arélia santé) :

a) en cas de non paiement des cotisations (article L. 113-3 du Code) ;

b) en cas d'omission ou de déclaration inexacte du risque à la souscription ou en cours d'adhésion (article L. 113-9 du Code) dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée ;

c) en cas de fraude ou tentative de fraude à l'occasion d'une demande d'indemnisation de prestations.

Et uniquement pour les garanties de prévoyance (Arélia prévoyance) :

d) chaque année, **après expiration d'un délai de un an**, moyennant un préavis de **deux mois** au moins avant la date d'échéance annuelle. Cette faculté ne peut être exercée que pendant les deux premières années d'existence de l'adhésion ;

e) en cas d'aggravation du risque (article L. 113-4 du Code) à l'exception de celle relative à l'évolution de l'état de santé de l'adhérent ;

f) dans les conditions prévues par l'article L. 113-16 du Code telles qu'énoncées précédemment ;

g) après sinistre (article R. 113-10 du Code). Cette faculté ne peut être exercée que pendant les deux premières années d'existence du contrat.

45.2.3 Par l'administrateur ou le liquidateur

En cas de redressement ou de liquidation judiciaire dans les conditions prévues à l'article L. 113-6 du Code.

45.2.4 De plein droit

Pour les garanties de prévoyance et la complémentaire santé :

a) lorsque l'adhérent n'est plus membre de l'association ;

b) en cas de fixation de domicile de l'adhérent hors France métropolitaine ;

c) en cas de décès de l'adhérent ;

d) en cas de retrait de l'agrément de l'assureur (article L. 326-12 du Code).

Et uniquement pour les garanties de prévoyance :

e) dans le cas où l'adhérent resterait atteint d'une invalidité entraînant une inaptitude totale à l'exercice de sa profession ;

f) lorsque l'adhérent cesse toute activité professionnelle ;

g) à la date d'échéance annuelle qui suit le 67^{ème} anniversaire de l'adhérent.

46. Modalités de résiliation de l'adhésion

46.1 Résiliation à l'initiative du Sociétaire

Lorsque l'adhérent a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, à son choix, par lettre ou tout support durable, par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur, par acte extrajudiciaire, ou tout autre moyen prévu par les présentes Conditions générales. L'assureur confirme par écrit la réception de la notification de résiliation.

Lorsque, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, l'adhérent souhaite résilier son contrat afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, il adresse à ce dernier sa demande de résiliation sur support papier ou tout autre support durable (article R113-12, III du Code). Le nouvel organisme notifiera à l'assureur la demande de résiliation par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique.

46.2 Résiliation à l'initiative de l'assureur

La résiliation à l'initiative de l'assureur doit être notifiée au Sociétaire par lettre recommandée.

La résiliation à l'initiative de l'assureur en cas de changement de situation (article L113-16 du Code des assurances) s'effectue par l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'adhérent.

46.3 Préavis ou délais de résiliation

Les préavis ou délais de résiliation courent à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date d'expédition de la notification.

47. Effet de la résiliation de l'adhésion

Dans le cas de résiliations prévues au paragraphe 45.2.2, alinéas a et b les **garanties cessent à la date d'effet de la résiliation ainsi que le versement des prestations acquises ou nées au cours de l'adhésion.**

Ces dispositions ne sont pas applicables dans le cas de résiliation visé au paragraphe 45.2.2 alinéa a pour le versement des rentes en service à la date d'effet de la résiliation.

Dans tous les autres cas de résiliation :

Les prestations acquises ou nées avant la date de résiliation sont maintenues dans la limite de la durée contractuelle des obligations de l'assureur.

Dans les conditions prévues par la loi, l'assureur remboursera à l'adhérent la portion de prime ou cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

Les cotisations

48. Cotisations

Pour les garanties de prévoyance (Arélia prévoyance) :

Les cotisations sont fixées en fonction de l'âge de l'adhérent, des activités professionnelles et sportives déclarées, du fait que l'adhérent se déclare fumeur ou non, des garanties souscrites et de leur montant.

A chaque échéance annuelle, les cotisations évoluent en fonction de l'âge de l'adhérent et du niveau atteint des montants de garanties conformément à leur indexation mentionnée au paragraphe 52.

Pour la garantie complémentaire santé (Arélia santé) :

Les cotisations sont fixées en fonction des garanties souscrites, du nombre d'assurés et, pour chaque assuré, de son régime obligatoire, de son âge, de sa profession et de sa domiciliation.

A chaque échéance annuelle, elles évoluent en fonction de l'âge des assurés et de l'évolution de la consommation médicale.

49. Révision de la cotisation

L'assureur peut être amené à modifier son tarif en fonction de :

- l'évolution de la réglementation fiscale,
- l'évolution de toute réglementation entraînant une modification de la portée des engagements de l'assureur,
- des résultats techniques constatés sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties.

Les cotisations venant à échéance, postérieurement à cette modification seront basées sur le nouveau tarif. Dans ce cas, l'adhérent a le droit de résilier l'adhésion au contrat par lettre recommandée dans le mois qui suit la date où il a eu connaissance de la majoration.

Cette résiliation prend effet un mois après l'envoi d'une lettre recommandée par l'adhérent, et celui-ci est redevable, jusqu'à la date de résiliation, du prorata de cotisation calculé sur la base de la cotisation précédente.

50. Paiement des cotisations

La cotisation ou, dans le cas de fractionnement de celle-ci, les fractions de cotisations, ainsi que les impôts et taxes sur les contrats d'assurance, sont payables d'avance au siège social de l'assureur ou au domicile de son mandataire éventuellement désigné par lui à cet effet.

51. Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans les 10 jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion au contrat en justice, peut, par lettre recommandée valant mise en demeure portant sur les sommes dues, incluant automatiquement les frais de mise en demeure, adressée à l'adhérent à son dernier domicile connu, suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre.

Si l'adhérent ne règle pas la totalité des sommes dues y compris les frais de mise en demeure, l'assureur a le droit de résilier l'adhésion au contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus, par notification faite à l'adhérent, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de la garantie intervenue pour non-paiement d'une des fractions de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée, sans pour autant dispenser l'adhérent de l'obligation de payer les fractions de cotisations devenues exigibles.

52. Indexation des garanties

Les montants de garanties indiqués au certificat d'adhésion varient en fonction de l'évolution de la valeur du PASS retenu comme valeur de référence.

La valeur initiale du PASS est mentionnée au certificat d'adhésion.

A chaque échéance annuelle, les montants de garanties varient proportionnellement à la variation constatée entre la valeur du PASS qui figurait sur l'avis d'échéance de l'année précédente et celle qui figure sur l'avis d'échéance de l'année d'assurance qui commence.

53. Dispositions particulières liées à la complémentaire santé (Arélia Santé)

Il n'est perçu aucune cotisation pour un enfant né ou adopté en cours d'adhésion au contrat entre sa date de naissance ou d'adoption et la date d'échéance annuelle de l'adhésion au contrat sous réserve que l'enfant soit assuré au contrat dans le mois qui suit sa naissance ou son adoption et, qu'au jour de celle-ci, l'un des parents soit assuré depuis au moins 9 mois.

54. Prescription

La prescription est la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. (Article L 114-1 du Code ci-dessous).

Articles L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code

Article L. 114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° 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 est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L. 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance 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.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription mentionnées à l'article L.114-2 sont celles prévues aux articles 2240 à 2246 du code civil, reproduits ci-dessous :

Article 2240 du code civil : « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

Article 2241 du code civil : « La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du code civil : « L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.»

Article 2243 du code civil : « L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »**Article 2244 du code civil :** « Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

Article 2245 du code civil : « L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

Article 2246 du code civil : « L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

55 a. Réclamation

Au cours de la vie du contrat, des difficultés peuvent survenir. Aussi, pour toute demande ou rectification d'information vous concernant ou en cas de litige, vous devez en premier lieu consulter votre interlocuteur habituel (agence, courtier, etc.). Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez saisir le service relations clientèle (49, rue de Miromesnil 75380 Paris cedex 08, www.areas.fr, téléphone : 01 40 17 65 00) qui vous répondra au plus tard dans les deux mois suivant la date de réception de votre réclamation. En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par le service relations clientèle, si vous êtes un particulier, à condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée, vous avez la possibilité de saisir la Médiation de l'Assurance par courrier TSA 50110 75441 Paris cedex 09 ou par voie électronique www.mediation-assurance.org. L'avis du médiateur de l'assurance ne lie pas les parties, lesquelles sont libres d'accepter ou de refuser sa proposition de solution et de saisir le tribunal compétent.

55 b. Autorité de contrôle

L'Autorité chargée du contrôle d'Aréas Assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

56. Protection des données à caractère personnel - Informatique et libertés

Conformément au Règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données - RGPD), nous vous informons que les données recueillies feront l'objet d'un traitement automatisé par l'assureur, responsable de traitement pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et à des fins de prospection et gestion commerciales. Elles pourront être transmises aux sociétés du groupe Aréas Assurances et à ses partenaires aux mêmes fins, y compris en dehors de l'Union Européenne.

Ces données seront conservées pendant toute la durée du contrat puis pour les durées de prescription légales.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation du traitement, d'effacement ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous disposez également du droit à la portabilité de vos données à caractère personnel et du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

L'ensemble de vos droits peut être exercé auprès du Délégué à la Protection des Données personnelles :

- à l'adresse de messagerie suivante : dpo@areas.fr ; ou

- par courrier postal à l'adresse suivante: Aréas Dommages, 49 rue de Miromesnil, 75380 PARIS Cedex 08.

Vous pouvez obtenir plus d'information sur vos droits sur notre site www.areas.fr ou sur le site de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr).

57 a. Renonciation (si la garantie Décès toutes causes ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie "PTIA" est souscrite)

La demande d'adhésion n'engage ni l'adhérent ni l'assureur : seul le certificat d'adhésion valant conditions particulières constate leur engagement réciproque.

L'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception au siège social de l'assureur, dans un délai de 30 jours à compter du premier versement.

Toutes les garanties cessent alors leur effet à la date de renonciation.

Dans ce cas, l'assureur rembourse l'intégralité des sommes versées dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) [nom et prénom de l'adhérent] demeurant [adresse] renonce à mon adhésion au contrat Arélia Prévoyance souscrit le [date] numéro [numéro du contrat].

Je retourne les exemplaires de mon adhésion en ma possession et demande, comme l'article L132-5-1 du Code m'y autorise, le remboursement de l'intégralité des sommes versées.

Fait à [lieu], le [date]

Signature"

57 b. Faculté de renonciation en cas de démarchage

Si l'adhésion au contrat Arélia santé et prévoyance résulte d'un démarchage de l'adhérent à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, alors les dispositions de l'article L. 112-9 du Code des assurances, rappelées ci-dessous, s'appliquent :

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

La renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

Modèle de lettre de renonciation

"Je soussigné(e) [Prénom de l'adhérent] [NOM de l'adhérent], demeurant [adresse de l'adhérent], renonce à mon adhésion au contrat Arélia santé et prévoyance souscrit le [date de souscription] numéro [numéro du contrat].

Je retourne les exemplaires de mon adhésion en ma possession et demande le remboursement de la partie de prime ou de cotisation versée correspondant à la période débutant à compter de la date d'effet de la résiliation et pendant laquelle aucune couverture ne sera accordée.

Fait à [Lieu], le [date].

Signature de l'adhérent"

58. Information de l'adhérent

L'adhérent reçoit lors de l'adhésion un certificat d'adhésion ainsi qu'un exemplaire des conditions générales valant notice d'information du contrat de groupe souscrit par l'association auprès d'Aréas Dommages et d'Aréas Vie.

Convention générale d'assistance santé

La présente convention a pour objet de définir les garanties d'assistance du contrat complémentaire santé souscrit, auquel elles sont annexées.

Pour contacter Aréas Assistance

Du 1^{er} janvier au 31 décembre

Sans interruption, 24 heures sur 24

• Par téléphone au 01 49 93 73 83

Depuis l'étranger : le numéro international du pays d'où émane l'appel suivi du : 33 (1) 49 93 73 83

• Par télécopie au 01 48 97 12 13

Lors du 1^{er} appel, le Bénéficiaire doit :

- rappeler son numéro de contrat,
- préciser ses nom, prénom et adresse,
- indiquer le pays, la ville ou la localité dans lesquels il se trouve,
- préciser l'adresse exacte (numéro, rue, hôtel éventuellement, etc.) et surtout le numéro de téléphone où Aréas Assistance peut le joindre,
- noter le numéro d'assistance qui lui sera communiqué lors de son premier appel et le rappeler systématiquement lors de toutes ses relations ultérieures avec Aréas Assistance.

59. Bénéficiaires

Sont couverts par la présente convention :

- l'adhérent, souscripteur du contrat d'assurance,

et, sous réserve qu'ils soient désignés au certificat d'adhésion :

- son conjoint ou concubin,
- leurs enfants fiscalement à charge,

résidant en France métropolitaine ou Monaco.

60. Définitions

Accident corporel

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, constatée par une autorité médicalement compétente.

Animaux de compagnie

Sont considérés comme animaux de compagnie uniquement les chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal.

Pour être couvert par les garanties, l'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Affection de longue durée

Maladie reconnue comme affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Il existe trois catégories d'affection de longue durée :

- les affections inscrites sur la liste fixée par l'article D 322-1 du Code de la sécurité sociale ;
- les affections dites "hors liste" : maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste précédente, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les poly-pathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois.

Bénéficiaire

Le terme « Bénéficiaire » se réfère indifféremment :

- à la personne physique assurée par le contrat Aréas Santé (le « Bénéficiaire assuré »),
 - à son conjoint,
 - et/ou à ses enfants,
- résidant en France métropolitaine ou Monaco.

Conjoint

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

Dépendance

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. Elle suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

Domicile

Lieu de résidence principale situé en France ou Monaco et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

Enfants

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son conjoint, vivant habituellement sous son toit.

Frais médicaux d'urgence à l'étranger

Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'hospitalisation, prescrits par une autorité médicale compétente, consécutifs à un Accident corporel ou une maladie.

France

France métropolitaine exclusivement et Monaco, où se situe le Domicile.

Hébergement

Frais d'hôtel (petit déjeuner compris) à l'exclusion de tout autre frais notamment de restauration, de boisson et de pourboires.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public, avec ou sans nuitée (y compris l'hospitalisation ambulatoire).

Dans tous les cas, sont assimilés à une hospitalisation :

- les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire : administration d'un traitement anti-cancer dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le Bénéficiaire peut rentrer chez lui,
- les traitements de chirurgie ambulatoire : traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soins,
- les hospitalisations à domicile.

Une durée minimum d'hospitalisation peut être requise selon le type de garanties pour l'application de certaines prestations.

Sont exclus :

- les hospitalisations dans les établissements psychiatriques,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins d'Aréas Assistance.

Immobilisation à domicile

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin.

Une durée minimum d'immobilisation peut être requise selon le type de garanties pour l'application de certaines prestations.

Membre de la famille

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

Membre de la famille dépendant à charge

Membre de la famille du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

Pays non couverts

Pays figurant sur la liste mise à jour des pays exclus, disponible sur le site de Mondial Assistance à l'adresse suivante : <http://paysexclus.votreassistance.fr>

Prestataire

Prestataire de services professionnel référencé par Aréas Assistance.

Proche

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant sur le territoire où se situe le domicile et désignée par le Bénéficiaire.

Transport

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 1^{ère} classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

61. Durée des garanties

La garantie d'assistance est acquise pendant la durée de validité du contrat complémentaire santé souscrit, auquel elle est annexée et pendant la durée de l'accord liant Aréas assurances et Fragonard Assurances pour leur délivrance.

62. Validité territoriale

Les prestations de la présente convention sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire.

Sauf mention particulière, les prestations définies aux paragraphes suivants **sont accordées en France** :

- 67. Informations – Conseils,
 - 68. Prestations au domicile en cas d'accident ou de maladie ou d'hospitalisation,
 - 69. Prestations au domicile en cas de décès,
 - 70. Prestations au domicile en cas d'affection de longue durée,
 - 71. Prestations au domicile : Aide au Bénéficiaire dépendant,
 - 72. Prestations au domicile en cas d'hospitalisation, d'immobilisation à domicile ou d'affection de longue durée (Téléassistance),
 - 73. Assistance psychologique,
 - 74. Programme de prévention « Nutricoach »,
- Les prestations définies au paragraphe 66 « **Prestations lors d'un déplacement** » sont accordées en France ou au cours de déplacements privés n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs dans le monde entier à l'**exception des Pays non couverts**. Une franchise de 50 km depuis le Domicile jusqu'au lieu de survenance de l'évènement, est appliquée pour les prestations décrites au paragraphe 66 « **Prestations lors d'un déplacement** ».

63. Faits générateurs

Les conditions de délivrance des garanties de la présente convention varient selon les prestations :

- Les prestations décrites au paragraphe 66.2 **Prestations en cas d'accident ou maladie survenant lors d'un déplacement** sont délivrées lorsque le Bénéficiaire subit un accident corporel ou une maladie au cours d'un déplacement privé, sous réserve des conditions de validité territoriale décrites au paragraphe 62 de la présente convention. Des prestations complémentaires sont délivrées lorsque l'accident corporel ou la maladie du Bénéficiaire survenu au cours d'un voyage empêche les autres personnes voyageant avec le Bénéficiaire de rentrer à leur domicile situé en France par les moyens prévus initialement.
- Les prestations décrites au paragraphe 67. **Informations – Conseils** et 74. **Programme de prévention « Nutricoach »** peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information et de prévention.
- Les prestations décrites au paragraphe 68. **Prestations au domicile en cas d'accident ou de maladie ou d'hospitalisation** sont délivrées en cas :

- d'accident ou maladie pour les prestations décrites au paragraphe 68.1 **Urgence au domicile** et au paragraphe 68.2 **Livraison de médicaments**,

- en cas d'hospitalisation pour les prestations décrites au paragraphe 68.3 **Garde suite à urgence**,

- en cas d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation à Domicile ou en cas d'hospitalisation à domicile ou à la maternité pour les prestations décrites au paragraphe 68.4 **Aide à domicile**,

- en cas d'accident ou maladie pour les prestations décrites au paragraphe 68.5 **Garde d'enfants malades ou blessés**,

- en cas d'immobilisation de l'enfant à son domicile ou à l'hôpital (sous réserve de l'accord du centre hospitalier) pour les prestations décrites au paragraphe 68.6 **Ecole à domicile**.

• Les prestations décrites au paragraphe 69. **Prestations au domicile en cas de décès** sont délivrées en cas de décès du Bénéficiaire.

• Les prestations décrites au paragraphe 70. **Prestations au domicile en cas d'affection de longue durée** sont délivrées en cas de survenance d'une Affection de longue durée.

• Les prestations décrites au paragraphe 71. **Aide au Bénéficiaire dépendant** sont délivrées au moment de l'entrée en Dépendance du Bénéficiaire.

• Les prestations décrites au paragraphe 72. **Prestations au domicile en cas d'hospitalisation, d'immobilisation à domicile ou d'affection de longue durée (Téléassistance)**, sont délivrées en cas :

- d'Hospitalisation du Bénéficiaire,

ou

- d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation,

ou

- d'Accident corporel ou d'Affection longue durée.

L'ensemble des prestations est délivré conformément aux conditions et limites indiquées dans les paragraphes décrivant à chacune de ces prestations.

64. Modalités de mise en œuvre

Les services d'Aréas Assistance interviennent sur simple appel téléphonique ou à réception d'une télécopie (cf. ci-avant).

Les frais que le Bénéficiaire sera amené à engager pour appeler Aréas Assistance, sont remboursés sur envoi des pièces justificatives originales.

65. Exécution des prestations

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable d'Aréas Assistance.

En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire, n'est remboursée par Aréas Assistance.

De plus, il convient de préciser qu'Aréas Assistance ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

Assistance lors d'un déplacement

66. Prestations lors d'un déplacement

66.1 Prestations décès lors d'un déplacement

En cas de décès du Bénéficiaire lors d'un déplacement, Aréas Assistance organise le transfert ou le rapatriement du corps, jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine, Monaco ou Andorre.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement, pompes funèbres, transporteurs, etc. est du ressort exclusif d'Aréas Assistance.

Sous cette condition expresse, les frais de transport, d'embaumement et d'administration sont pris en charge.

Les frais de cercueil sont également pris en charge à concurrence de 765 € TTC.

Dans le cas, où la famille du Bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par Aréas Assistance, les frais correspondants sont à sa charge.

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps tels que les ornements ou accessoires.

Retour différé du corps :

A la suite d'une inhumation provisoire sur place, Aréas Assistance prend en charge les frais de rapatriement.

Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.

66.2 Prestations en cas d'accident ou maladie survenant lors d'un déplacement

66.2.1 Assistance au Bénéficiaire

Dans les conditions et limites indiquées ci-après, Aréas Assistance organise et prend en charge les prestations suivantes :

a) Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire

- Transport, sanitaire si nécessaire, du Bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé (soit dans le pays où il se trouve soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés.
- Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du Domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du Bénéficiaire le permet.
- Si l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport du Bénéficiaire, sanitaire si nécessaire, est pris en charge jusqu'à son Domicile.

Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du Bénéficiaire et appartiennent exclusivement aux médecins d'Aréas Assistance en accord avec les médecins traitants locaux. Les médecins d'Aréas Assistance se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du Bénéficiaire afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé.

Le rapatriement du Bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Seuls, l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur, sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen de transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuelle.

En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie, etc.

Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne. Aréas Assistance ne saurait être tenue responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution de la prestation « Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.

Si le Bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le service médical d'Aréas Assistance, il dégage Aréas Assistance de toute responsabilité des conséquences d'une telle initiative, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou d'aggravation de son état de santé, et perd tout droit à prestation et indemnisation de la part de Aréas Assistance.

b) Transfert (Transport aller-simple) d'un Proche accompagnant le Bénéficiaire pendant son rapatriement.

c) Frais médicaux d'urgence à l'étranger

Remboursement des Frais médicaux d'urgence à l'étranger sur prescription médicale restant à la charge du Bénéficiaire après intervention des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le Bénéficiaire est affilié.

Le montant maximum de prise en charge des frais médicaux est de 6100 € TTC (hors frais dentaires) par Bénéficiaire et par période annuelle de garantie. Le remboursement des frais dentaires d'urgence est limité à 45 € TTC.

Une franchise de 16 € s'applique au remboursement des frais médicaux et dentaires.

Cette prestation cesse le jour où le service médical d'Aréas Assistance estime que le rapatriement du Bénéficiaire est possible.

Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit relever obligatoirement d'un régime primaire d'assurance maladie le couvrant au titre des Frais médicaux d'urgence à l'étranger, pendant toute la durée du voyage.

Aréas Assistance peut également procéder à l'avance des frais d'hospitalisation imprévus et urgents, après accord de son service médical, dans la limite de 6100 € TTC par Bénéficiaire et par période annuelle de garantie.

Dans ce cas, le Bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Aréas Assistance dans un délai de 3 (trois) mois à compter de la date de mise à disposition des fonds. Passé ce délai, Aréas Assistance sera en droit d'exiger, outre le montant de l'avance consentie, les frais et les intérêts légaux.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

Ne donnent pas lieu à prise en charge complémentaire ou à l'avance de frais :

- les frais d'implant, de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres, ainsi que les frais d'appareillage,
- les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d'outre-mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un Accident corporel survenu en France ou à l'étranger,
- les frais de vaccination,
- les frais résultant de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos, ainsi que les frais de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale.

d) Frais d'évacuation sur piste de ski balisées

Aréas Assistance rembourse les frais de secours correspondant aux opérations mises en place à l'occasion de l'Accident corporel du Bénéficiaire à concurrence de 160 € TTC par personne et par évènement.

Lorsque le rapatriement ou le transport sanitaire intervient après la date de fin de séjour du Bénéficiaire ou si l'état de santé du Bénéficiaire ne nécessite pas d'Hospitalisation mais l'empêche de poursuivre son voyage dans les conditions prévues initialement, Aréas Assistance organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées ci après, les prestations suivantes :

e) Prolongation du séjour du Bénéficiaire immobilisé sur place à l'hôtel. Aréas Assistance participe aux frais de prolongation de séjour à l'hôtel à concurrence de 46 € TTC par nuit et par Bénéficiaire, avec un maximum de 10 nuits. Aréas Assistance organise et prend en charge également les frais de retour au domicile du Bénéficiaire.

f) Prolongation du séjour d'une personne restée au chevet du Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place :

- Hébergement sur place et
- Transport retour.

Aréas Assistance participe aux frais de séjour à l'hôtel de la personne restée au chevet du Bénéficiaire à concurrence de 46 € TTC par nuit, avec un maximum de 10 nuits à condition que la durée prévisible de l'hospitalisation ou de l'immobilisation sur place du Bénéficiaire dépasse 6 jours minimum.

g) Organisation et prise en charge du déplacement et frais de séjour d'un proche si l'assuré non accompagné est hospitalisé plus de 10 jours sur place.

Lors d'un déplacement, si le Bénéficiaire est seul, et que son hospitalisation sur place dépasse 10 jours, Aréas Assistance met à la disposition d'un membre de sa famille ou d'une personne désignée par lui, un billet aller/retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ de France métropolitaine, Monaco ou Andorre. Aréas Assistance organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 69 € TTC par nuit avec un maximum de 4 nuits (frais de restauration exclus).

Si un membre de la famille ou une personne, que désigne le Bénéficiaire, se trouve déjà sur place, Aréas Assistance organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet.

Aréas Assistance participe aux frais à concurrence de 69 € TTC par nuit, avec un maximum de 4 nuits (frais de restauration exclus).

Aréas Assistance prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à Aréas Assistance, dans les meilleurs délais.

66.2.2 Complément pour les personnes ou animaux de compagnie voyageant avec le Bénéficiaire

Lorsque l'indisponibilité du Bénéficiaire, rend impossible le retour au Domicile des autres personnes voyageant avec le Bénéficiaire dans les conditions initialement prévues, Aréas Assistance organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées ci-après, la prestation suivante :

- **Acheminement d'un Proche ou d'un accompagnateur** (Transport aller-retour) pour le retour au Domicile des personnes handicapées ou de moins de 15 ans restées seules sur place. **Aréas Assistance organise et prend en charge le coût du transport (aller-retour).**
- **Retour des Animaux de compagnie** au Domicile du Bénéficiaire par un Prestataire. **Aréas Assistance organise et prend en charge le coût de l'intervention (hors frais de cage).** Les animaux blessés sont confiés au service vétérinaire le plus proche pour être soignés avant d'être ramenés au Domicile. **Le coût de l'intervention du vétérinaire et les frais de soins ne sont pas pris en charge par Aréas Assistance.**

66.2.3 Mise à disposition de médicaments ou de prothèses (lunettes, etc.)

En cas d'impossibilité pour le Bénéficiaire de se procurer sur place des médicaments prescrits avant le départ, indispensables à un traitement curatif en cours, introuvables sur son lieu de séjour,

Recherche sur place et mise à disposition du Bénéficiaire de médicaments équivalents ou de prothèses, sous réserve de l'accord du médecin prescripteur.

Aréas Assistance prend en charge les frais de recherche, de contrôle d'emballage et d'envoi.

Aréas Assistance ne peut être tenue pour responsable des délais d'acheminement des médicaments ni d'une éventuelle indisponibilité des médicaments.

Les frais d'achat des médicaments ou de prothèses et/ou de suivi d'un traitement ainsi que les frais de douane restent à la charge du Bénéficiaire. Aréas Assistance peut avancer ces frais. Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette. Le Bénéficiaire s'engage à les lui rembourser dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de la réception des médicaments. Passé ce délai, Aréas Assistance serait en droit d'exiger le montant de l'avance consentie augmentée des intérêts légaux.

66.2.4 Assistance pour les autres événements perturbant le voyage

En cas de vol, perte ou destruction des papiers d'identité du Bénéficiaire, de ses moyens de paiement et/ou de ses titres de transport, Aréas Assistance peut :

- lui conseiller les démarches à effectuer ;
- si le Bénéficiaire ne dispose plus d'aucun moyen de paiement :
 - lui accorder une avance de fonds d'un montant ne pouvant excéder 3000 €,
 - organiser son retour ou la poursuite de son voyage; les frais engagés restant à la charge du Bénéficiaire.

Dans ce cas, le Bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Aréas Assistance dans un délai de 3 (trois) mois à compter de la date de mise à disposition des fonds. Passé ce délai, Aréas Assistance sera en droit d'exiger, outre le montant de l'avance consentie, les frais et les intérêts légaux.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

Assistance au domicile

67. Informations conseils

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropoli-

taine), Aréas Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

67.1 Conseil santé

Un médecin d'Aréas Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi.

Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

Aréas Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale. En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

67.2 Conseil social

L'équipe médico-sociale d'Aréas Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue ses besoins et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

Ces prestations sont prises en charge en illimité. Elles sont utilisables à tout moment dès la souscription du contrat pendant les heures d'ouverture du service. Ces prestations sont rendues par téléphone exclusivement.

68. Prestations au domicile en cas d'accident ou de maladie ou d'hospitalisation

68.1 Urgence au domicile

En cas d'accident ou de maladie subite au domicile, outre les secours de première urgence auxquels le Bénéficiaire doit faire appel en priorité, Aréas Assistance peut apporter son aide ou ses conseils :

- dans la recherche d'un médecin (en l'absence du médecin traitant),
- dans l'organisation du transport à l'hôpital par ambulance,
- dans le retour au domicile, lorsque l'état de santé du Bénéficiaire le permet.

68.2 Livraison de médicaments

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie non chronique ou d'un accident,

Aréas Assistance :

- lui envoie l'un de ses correspondants pour chercher les médicaments prescrits par son médecin, lors d'une visite (**le coût des médicaments n'est pas à la charge d'Aréas Assistance**),
- lui indique dans toute la mesure du possible les coordonnées d'organismes qui fournissent à domicile des soins médicaux, des services repas, des soins esthétiques.

Aréas Assistance peut également se charger de rechercher, de façon ponctuelle une personne pour :

- effectuer une démarche administrative,
- faire à sa place des courses,
- l'accompagner lors d'une visite médicale.

Ces interventions sont facturées au coup par coup.

68.3 Garde suite à urgence

Si l'état de santé du Sociétaire ou de son conjoint lui impose un séjour à l'hôpital.

68.3.1 Garde ou transfert des enfants

Le Bénéficiaire a la garde de ses enfants (ou petits-enfants) de moins de 15 ans. Aréas Assistance lui propose l'organisation et la prise en charge d'une assistante maternelle compétente à son domicile pour **une période de 2 jours à raison de 10 heures par jour**.

Pendant cette période, Aréas Assistance se charge également si besoin est, d'assurer le transport aller et retour de ses enfants à l'école.

Aréas Assistance propose également l'organisation et la prise en charge :

- soit du voyage de ses enfants (ou petits-enfants) de moins de 15 ans jusqu'au domicile de l'un de ses proches, résidant en France métropolitaine, Monaco ou Andorre,
- soit du transport aller et retour (en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé) de ce proche jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder les enfants.

Ces prestations ne sont pas cumulables entre elles.

68.3.2 Garde ou transfert des personnes dépendantes

Le Bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes, vivant sous son toit.

Aréas Assistance fait le nécessaire pour :

- soit organiser et prendre en charge la garde de ces personnes **pendant 2 jours à raison de 10 heures par jour**,
- soit organiser et prendre en charge le coût du transport de ces personnes chez un proche, résidant en France métropolitaine, Monaco ou Andorre,
- soit assurer le transport aller et retour (en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé) de ce proche jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder ces personnes.

68.3.3 Garde des animaux familiers

Le Bénéficiaire possède des animaux familiers (chiens, chats), Aréas Assistance organise leur gardiennage à son domicile ou dans un centre agréé.

Cette prestation est limitée à une période de 30 jours.

Dès l'appel du Bénéficiaire, Aréas Assistance met tout en œuvre pour répondre au plus vite à sa demande.

Toutefois, Aréas Assistance se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux de garde.

68.4 Aide à domicile

Après une hospitalisation de plus de 4 jours ou une immobilisation au domicile (de plus de 10 jours médicalement justifiée), du Sociétaire ou de son conjoint, Aréas Assistance met à sa disposition, une aide à domicile à concurrence d'un **maximum de 30 heures, réparties dans les 10 jours calendaires** :

- dès son retour au domicile en cas d'hospitalisation,
- à compter du jour de sa demande et dans la limite de son immobilisation en cas d'immobilisation au domicile.

Cette prestation s'applique également dans les mêmes conditions, en cas d'hospitalisation à domicile, ainsi qu'à la maternité, lorsque le séjour excède 8 jours.

68.5 Garde d'enfants malades ou blessés

68.5.1 Garde d'enfants malades à domicile

Garde d'Enfant Malades à Domicile (G.E.M.D) est un service permettant au Bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où un de ses enfants serait malade ou blessé, et a besoin de la présence d'une personne à son chevet à son domicile.

Aréas Assistance recherche et envoie une personne compétente afin d'assurer cette garde.

La prise en charge de cette garde est limitée, par accident ou maladie, à **12 heures par jour** (du lundi au vendredi entre 7 heures et 19 heures) **dans la limite de 3 jours consécutifs**, au sein des heures normales de travail.

Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours accordés par la convention collective en cas d'absences liées aux charges de famille.

Conditions médicales et administratives :

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé à Aréas Assistance, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

En outre, le Bénéficiaire autorise la personne qui garde l'enfant à joindre Aréas Assistance par téléphone autant de fois que nécessaire.

Délai de mise en place :

Aréas Assistance se réserve un délai maximum de 5 heures à compter des heures d'ouverture du réseau de gardes, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant malade ou blessé.

Le choix des personnes intervenant est dans tous les cas du seul ressort d'Aréas Assistance.

Sont exclues :

- **les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,**
- **les maladies nécessitant des soins médicaux relevant d'un service d'infirmière ou d'infirmier à domicile,**
- **les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile.**

68.5.2 Venue d'un proche pour garder l'enfant malade ou blessé

A la demande du Bénéficiaire, Aréas Assistance met à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée, un billet aller et retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour lui permettre de se rendre au chevet de l'enfant, ceci uniquement au départ de France métropolitaine, Monaco ou Andorre.

Cette prestation ne se cumule pas avec la mise à disposition d'une assistante maternelle.

68.6 Ecole à domicile

En cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant, plus de 15 jours, à son domicile ou à l'hôpital et l'empêchant de poursuivre sa scolarité, Aréas Assistance recherche et envoie au domicile de l'enfant ou à l'hôpital (sous réserve de l'accord du centre hospitalier) un répétiteur scolaire afin de lui permettre de poursuivre sa scolarité dans les matières principales.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.

Aréas Assistance prend en charge les coûts occasionnés à raison de 10 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine et de 2 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur.

Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire au-delà de 10 heures par semaine, ils seront financièrement à sa charge.

La prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire, hors vacances scolaires et jours fériés. Elle cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions ; sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

Conditions médicales nécessaires à la mise en oeuvre de la garantie :

Le Bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale d'Aréas Assistance un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident.

Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Dans le cadre de cette convention, la maladie est définie comme « toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente » ; l'accident étant « une atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure ».

Délai de mise en place :

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

Le service « école à domicile » ne s'applique pas :

- **aux maladies ou accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat ;**
- **lorsque l'enfant est atteint d'une maladie préexistante diagnostiquée et/ou traitée, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.**

69. Prestations au domicile en cas de décès

69.1 Assistance aux animaux

Aréas Assistance organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées ci-après, les prestations suivantes :

Garde des Animaux de compagnie :

- soit par un professionnel selon les disponibilités locales ; dans ce cas, les frais de garde et de nourriture sont pris en charge. Cette prestation est limitée à une période de 30 jours maximum.
- soit chez un Proche, dans un rayon maximum de 100 Km autour du lieu où se trouve l'animal. Dans ce cas les frais de transport sont pris en charge.

69.2 Assistance aux enfants du Bénéficiaire décédé

Aréas Assistance organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées ci-après, les prestations définies suivantes :

- Transfert d'un Proche (Transport aller-retour), qui vient garder les Enfants au Domicile du Bénéficiaire décédé. Aréas Assistance prend en charge le coût du transport (aller-retour) ou 24 heures de location d'un véhicule catégorie B pour chaque trajet (aller et retour).

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert des Enfants chez un Proche » et « Garde des Enfants au Domicile ».

- Transfert des Enfants chez un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche (Transport aller-retour) ou d'un Prestataire pour les accompagner. Aréas Assistance prend en charge le coût du transport (aller-retour) ou 24 heures de location d'un véhicule catégorie B pour chaque trajet (aller et retour).

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert d'un Proche ».

- Garde des Enfants au Domicile du Bénéficiaire décédé ou au Domicile d'un Proche chez qui ils sont temporairement hébergés. Cette prestation est accordée à concurrence de 20 heures maximum.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés entre 8h00 et 19h00, dans la limite des disponibilités locales.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert d'un Proche ».

69.3 Assistance aux membres de la famille dépendants

- Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants
- Si aucun Proche n'est disponible sur place, Aréas Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillage, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Cette prestation est accordée à concurrence de 20 heures maximum. Chaque prestation de garde dure au minimum 4 (quatre) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés entre 8h00 et 19h00, dans la limite des disponibilités locales.

- Transfert des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Aréas Assistance organise et prend en charge le transfert des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour). Aréas Assistance prend en charge le coût du transport (aller-retour) ou 24 heures de location d'un véhicule catégorie B pour chaque trajet (aller et retour).

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire ».

- Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

Aréas Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper des Membres de la famille dépendants. Aréas Assistance prend en charge le coût du transport (aller-retour) ou 24 heures de location d'un véhicule catégorie B pour chaque trajet (aller et retour)

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert d'un Proche des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche ».

70. Prestations au domicile en cas d'affectation de longue durée

Sur simple appel téléphonique, Aréas Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées ci-après, les prestations suivantes :

70.1 Evaluation des besoins et recommandations

Aréas Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité d'Aréas Assistance ne pourra être recherchée dans le cas où le Bénéficiaire ferait une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites par Aréas Assistance.

70.2 Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Aréas Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe de 500 € TTC.

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.

La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Aréas Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant de garantie maximum de 500 € TTC ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, Aréas Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

70.3 Description des services et aides à Domicile proposés :

Transport

Aréas Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère.

Aréas Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Préparation du retour au Domicile

Aréas Assistance organise et prend en charge la venue d'un Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Aréas Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

Aréas Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

- Aréas Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Aréas Assistance missionne un accompagnateur.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

- Aréas Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile.
- Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.
- La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (à l'exclusion des soins médicaux).
- Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants de moins de 15 ans

- Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Aréas Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants.

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Aréas Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Portage des repas

Aréas Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Aréas Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « Aide à Domicile » au paragraphe 70.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse.

Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Aréas Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

Séjour à l'hôtel d'un Proche

Aréas Assistance prend en charge ou rembourse les frais d'hôtel du Proche.

Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Aréas Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Livraison de courses

Aréas Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Livraison de médicaments

Aréas Assistance organise et prend en charge la livraison des médicaments au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir l'ordonnance et les fonds.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

Bien-être à domicile : coiffure et esthétique

Aréas Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants : esthéticienne, coiffeur, prothésiste capillaire, y compris ceux réalisés à domicile.

71. Prestations au domicile : Aide au Bénéficiaire dépendant

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi hors jours fériés de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Aréas Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées ci-après, les prestations suivantes :

71.1 Accompagnement social et assistance à l'aménagement du Domicile

Accompagnement social comprenant :

- une analyse de la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire ;
- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques du Bénéficiaire et ses habitudes de vie,
- un plan d'aide pour faciliter sa vie à domicile,
- des informations sur la réglementation sociale dans les domaines suivants : les prestations familiales, l'emploi et le chômage, le logement, la maladie et l'accident, le handicap et l'invalidité, la retraite ;
- des informations sur les aides auxquelles le Bénéficiaire peut prétendre : transport, hébergement, aide à domicile, etc. ;
- des recommandations sur les démarches à entreprendre pour bénéficier des dispositifs d'aide de droit commun ;
- une aide aux démarches administratives : identification des organismes, aide à la rédaction des courriers et à la constitution des dossiers.

Aréas Assistance prend en charge le coût de l'opération réalisée ou mandatée par Aréas Assistance.

Le bilan de vie et le plan d'aide sont réalisés une seule fois par événement garanti.

Les informations fournies par Aréas Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité d'Aréas Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

71.2 Assistance à l'aménagement du Domicile

Aréas Assistance fournit :

- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques du Bénéficiaire et ses habitudes de vie,
- un audit de l'habitat par un Prestataire pour évaluer la conformité du Domicile à ses nouveaux besoins, les aménagements nécessaires pour son maintien à domicile et le coût des travaux associés,
- la mise en relation avec des Prestataires pour la réalisation des travaux.

L'audit de l'habitat est réalisé une seule fois par événement garanti.

Le coût des devis et travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du Bénéficiaire.

71.3 Prestations ponctuelles à l'entrée en dépendance

Sur simple appel téléphonique, suite à l'entrée en Dépendance du Bénéficiaire et dans les conditions et limites indiquées ci après, Aréas Assistance met en œuvre les prestations suivantes :

71.3.1 Evaluation des besoins et recommandations

Aréas Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité d'Aréas Assistance ne pourra être recherchée dans le cas où le Bénéficiaire ferait une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites par Aréas Assistance.

71.3.2 Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Aréas Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe de 500 € TTC.

L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en dépendance du Membre de la famille. La prise en charge est limitée à 1 fois par Membre de la famille en état de dépendance.

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Aréas Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant de garantie maximum de 500 € ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, Aréas Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

71.3.3 Description des services et aides à Domicile proposés :

Transport

Aréas Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère

Aréas Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Préparation du retour au Domicile

Aréas Assistance organise et prend en charge la venue d'un Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Aréas Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

Aréas Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

- Aréas Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Aréas Assistance missionne un accompagnateur.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

- Aréas Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile.
- Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.
- La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (à l'exclusion des soins médicaux).
- Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants de moins de 15 ans

- Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Aréas Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Aréas Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Portage des repas

Aréas Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de 4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Aréas Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « Aide à Domicile » au paragraphe 71.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse.

Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Aréas Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

Séjour à l'hôtel d'un Proche

Aréas Assistance prend en charge ou rembourse les frais d'hôtel du Proche.

Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Aréas Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Livraison de courses

Aréas Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Livraison de médicaments

Aréas Assistance organise et prend en charge la livraison des médicaments au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir l'ordonnance et les fonds.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

Bien-être à domicile: coiffure et esthétique

Aréas Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants : esthéticienne, coiffeur, prothésiste capillaire, y compris ceux réalisés à domicile.

72. Prestations au domicile en cas d'hospitalisation à domicile ou d'affection de longue durée - Téléassistance

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile ou d'affection longue durée du Bénéficiaire et dans les conditions et limites indiquées ci-après, Aréas Assistance met en œuvre les prestations suivantes :

Téléassistance ponctuelle à Domicile

Aréas Assistance propose un abonnement à un service de téléassistance ponctuelle au Domicile du Bénéficiaire dépendant. La mise en relation donne droit à un remboursement des 3 premiers mois ainsi qu'à un tarif préférentiel pour les mois suivants.

L'abonnement à ce service fait l'objet d'un contrat distinct conclu entre le Bénéficiaire et la société Gestion de Téléassistance et de Services, société anonyme à conseil d'administration du groupe Allianz Global Assistance Société Anonyme au capital de 720 000 euros, SIRET 330 377 193 00082 RCS Nanterre, dont le siège social est au 81 rue Pierre Sémard 92320 Châtillon.

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire, en cas de besoin, de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

Le contrat souscrit reste à la charge du Bénéficiaire. Aréas Assistance prend en charge le coût du service pour une durée de 3 mois. Le remboursement est limité à une fois par événement garanti.

Au-delà de cette période de 3 mois, Aréas Assistance pourra, à la demande du Bénéficiaire, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

73. Assistance psychologique

73.1 Accompagnement psychologique

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de **3 (trois) entretiens maximum**. Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail.

Ces consultations sont prises en charge à concurrence de 80 € TTC maximum par consultation avec un maximum de 3 entretiens par téléphone et/ou le remboursement de 12 séances maximum de consultation en cabinet.

La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.

Le service est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

74. Programme de prévention

« Nutricoach »

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Aréas Assistance met en œuvre, dans les conditions et limites indiquées ci-après, le programme Nutricoach suivant, utilisable à tout moment dès la souscription du contrat :

"Nutricoach" (programme d'éducation et d'accompagnement nutritionnel et aide à la perte pondérale)

Aréas Assistance fournit au Bénéficiaire :

- un bilan d'évaluation des pratiques alimentaires par rapport aux normes du Programme National Nutrition Santé,
- des informations sur les bonnes pratiques préventives et les règles hygiéno-diététiques pour une alimentation équilibrée et la gestion des écarts alimentaires,
- un accompagnement téléphonique à la mise en œuvre et au maintien d'une stratégie de perte pondérale **dans la limite de 5 entretiens de suivi ou de coaching.**

La prestation est rendue par téléphone exclusivement.

Le programme "Nutricoach" s'appuie sur un site internet proposant un module de suivi et un générateur de menus adaptés à la situation et aux objectifs déclarés par le Bénéficiaire.

75. Responsabilité

Aréas Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Aréas Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, repréailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère des Affaires étrangères <https://www.tresor.economie.gouv.fr>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Aréas Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Aréas Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Aréas Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. **Elle ne sera pas tenue responsable :**

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

76. Exclusions

Aréas Assistance ne sera pas tenue d'intervenir dans le cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

76.1 Exclusions applicables à toutes les prestations d'assistance

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,

- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences de :
 - la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des grèves, des prises d'otage, de la manipulation d'armes ;
 - la consommation d'alcool par un Bénéficiaire et/ou l'absorption par un Bénéficiaire de drogues et de toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrite médicalement.
- les frais de recherche en montagne et de secours en mer,
- les séjours en maison de repos et cures thermales.

76.2 Exclusions spécifiques à l'assistance aux personnes

- les conséquences :
 - de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées / avérées / constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
 - des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées – Cette exclusion ne s'applique pas pour les prestations délivrées en cas d'Affection de longue durée (paragraphes 70 et 72),
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).
- les conséquences de tout incident du transport aérien réservé par le Bénéficiaire, opéré par une compagnie figurant sur la liste noire établie par la Commission européenne, quelle que soient sa provenance et sa destination ;
- les affections survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitement, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement dans les six (6) mois précédant la demande d'assistance ;
- l'organisation et la prise en charge d'un transport visées au paragraphe 47.2 «Rapatriement ou transport sanitaire » pour des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le Bénéficiaire de poursuivre son voyage,
- la participation du Bénéficiaire à tout sport exercé en compétition officielle, ainsi que les entraînements préparatoires ;

- l'inobservation par le Bénéficiaire d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect par le Bénéficiaire des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du contrat.

77. Modalités d'examen des réclamations

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

En cas de désaccord, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à :

AWP France SAS
Service Réclamations
TSA 70002 - 93488 Saint-Ouen Cedex

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors surveillance de circonstances particulières dont Aréas Assistance le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de Fragonard Assurances ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance
<http://www.mediation-assurance.org>
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Fragonard Assurances, entreprise adhérente de la LMA propose un dispositif permettant aux Bénéficiaires et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par les 10 règles de la Charte de la Médiation de l'Assurance.

78. Loi informatique et libertés

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dite "loi informatique et libertés", telle que modifiée par l'ordonnance n°2018-1125 du 12 décembre 2018, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation du traitement, d'effacement ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel après son décès. Il dispose également du droit à la portabilité de ses données à caractère personnel et du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Il peut exercer ces droits en adressant une demande au responsable de traitement :

AWP France SAS
Département Protection des Données Personnelles
7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

AWP France SAS dispose de moyens informatiques destinés à gérer les prestations d'assistance du présent contrat.

Les informations enregistrées sont réservées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Les données à caractère personnel sont conservées pendant une période de 5ans à compter de la fin du contrat ou, selon les situations, à compter du règlement du sinistre ou de la réception de toute réclamation.

En cas de sinistre avec dommages corporels, les données à caractère personnel sont conservées durant une période de 10 ans à compter dudit sinistre.

Certaines durées de conservations spécifiques et prévues par la loi peuvent s'appliquer dans les matières fiscale et comptable.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

79. Autorité de contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4, Place de Budapest, CS 92459, 75432 Paris cedex 09.

80. Loi applicable – Langue utilisée

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.

81. Cadre juridique

Les prestations sont mises en œuvre par :

AWP France SAS

Société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 €

490 381 753 RCS Bobigny

Siège social : 7, rue Dora Maar, 93400 Saint Ouen
Société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 026 669 – assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conforme aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des assurances,
Ci-avant dénommée « **Aréas Assistance** »
Agissant au nom et pour le compte de :

FRAGONARD ASSURANCES

Société anonyme à conseil d'administration au capital de 37 207 660 €

479 065 351 RCS PARIS

Entreprise régie par le Code des Assurances

Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 PARIS.

Attribution de juridiction

Tout différend touchant à l'interprétation ou à l'exécution de la présente convention sera porté devant le Tribunal compétent.

Assistance santé 24h/24, 7j/7

Tableau des prestations*

Assistance lors d'un déplacement

Assistance lors de déplacements en France ou à l'étranger, à l'exception des pays non couverts (franchise kilométrique 50 km depuis le domicile)

• Rapatriement ou Transport sanitaire en cas d'accident ou de maladie du bénéficiaire.	Coût de l'intervention organisée par l'assisteur
• Transfert d'un proche accompagnant du bénéficiaire lors du rapatriement ou transport sanitaire.	Frais de transport (aller simple)
• Frais médicaux d'urgence à l'étranger.	6 100 € (hors frais dentaires) par bénéficiaire et par an 45 € TTC pour les frais dentaires d'urgence Franchise de 16 € sur les frais médicaux et dentaire Avance des frais d'hospitalisation imprévus et urgents : 6 100 € par bénéficiaire et par an
• Frais d'évacuation sur piste de ski balisée.	160 € par personne et par événement garanti
• Prise en charge des frais de séjour du bénéficiaire et d'un proche en cas de prolongation du séjour pour raison médicale.	Frais de séjour 46 € par nuit et par personne avec un maximum de 10 nuits (frais de restauration exclus)
• Prise en charge des frais de séjour d'une personne restée au chevet du bénéficiaire en cas de prolongation du séjour pour raison médicale.	Frais de séjour 46 € par nuit et par personne avec un maximum de 10 nuits (frais de restauration exclus) + Transport (aller-retour)
• Prise en charge du déplacement d'un proche ou mise à disposition d'un accompagnateur pour ramener les personnes handicapées ou âgées de moins de 15 ans restées seules sur place à leur domicile.	Frais de transport/ Coût de l'intervention organisée par l'assisteur
• Retour des animaux de compagnie (chien et chat, à l'exclusion de tout autre animal) au Domicile du Bénéficiaire par un Prestataire.	Coût de l'intervention organisée par l'assisteur, hors frais de cage
• Recherche et mise à disposition de médicaments ou de prothèses (lunette, etc.).	Frais de recherche, de contrôle, d'emballage et d'envoi (coût des médicaments et frais de douane exclus)
• Assistance en cas de vol, perte ou destruction de documents (papiers d'identité, moyens de paiement ou titres de transports).	Informations sur les formalités à accomplir Avance de fonds à l'étranger : 3000 € Organisation du retour du bénéficiaire ou de la poursuite de son voyage (Frais de retour ou de poursuite du voyage exclus)

*Dans les conditions et limites prévues à la présente Convention générale d'assistance santé.

Assistance lors de déplacements en France ou à l'étranger, à l'exception des pays non couverts (franchise kilométrique 50 km depuis le domicile) (suite)

• Organisation et prise en charge du déplacement et frais de séjour d'un proche si le bénéficiaire non accompagné est hospitalisé plus de 10 jours sur place.	Frais de transport + frais de séjour 69 € par nuit avec un maximum de 4 nuits
• Rapatriement du corps du bénéficiaire décédé jusqu'au lieu d'inhumation.	Frais réels
• Prise en charge des frais de cercueil du bénéficiaire décédé.	765 € TTC maximum

Assistance au domicile

Informations - Conseils

• Conseil santé - Conseil social	Prestation rendue par téléphone exclusivement
----------------------------------	---

Prestations à domicile en cas d'accident ou de maladie ou d'hospitalisation

Urgence au domicile, livraison de médicaments, informations diverses, recherches ponctuelles

- Aide ou conseils pour la recherche d'un médecin, pour l'organisation du transport à l'hôpital par ambulance et le retour au domicile.
- Portage de médicaments à domicile. **Le coût des médicaments n'est pas à la charge d'Aréas Assistance.**
- Informations diverses sur des organismes proposant des services à domicile : soins médicaux, services repas, soins esthétiques.
- Recherches ponctuelles d'une personne pour vous aider à effectuer des démarches administratives, à faire les courses, à l'accompagner à une visite médicale.

Garde ou transfert d'enfants (ou petits enfants), de personnes dépendantes, d'animaux familiers en cas d'hospitalisation du sociétaire ou de son conjoint

• Garde à domicile des enfants (ou petits enfants) âgés de moins de 15 ans : organisation et prise en charge des frais d'une assistante maternelle. Prise en charge pendant cette période du transport aller/retour des enfants à l'école.	2 jours maximum à raison de 10 heures par jour
• Organisation et prise en charge du déplacement des enfants (ou petits enfants) âgés de moins de 15 ans chez un proche ou venue d'un proche pour garder les enfants au domicile du bénéficiaire.	Frais de transport aller/retour
• Soit Garde à domicile des personnes dépendantes vivant sous le toit du sociétaire : organisation et prise en charge. • Soit Organisation et prise en charge du déplacement des personnes dépendantes vivant sous le toit du sociétaire chez un proche • Soit Venue d'un proche au domicile du sociétaire pour garder ces personnes.	2 jours maximum à raison de 10 heures par jour Frais de transport aller/retour
• Organisation et prise en charge du gardiennage des animaux (chiens, chats, à l'exclusion de tout autre animal) à domicile ou dans un centre agréé.	30 jours maximum

Aide à domicile

• Aide à domicile après une hospitalisation de plus de 4 jours ou une immobilisation au domicile de plus de 10 jours (médicalement justifiée) ou en cas d'hospitalisation à domicile ainsi qu'à la maternité lorsque le séjour excède 8 jours.	30 heures maximum réparties dans les 10 jours calendaires
--	--

Garde d'enfants malades ou blessés à domicile

• Soit Organisation et prise en charge des frais de garde des enfants malades ou blessés à domicile.	12 heures maximum par jour dans la limite de 3 jours consécutifs par accident ou maladie
• Soit Organisation et prise en charge de la venue d'un proche pour garder les enfants malades ou blessés au domicile du bénéficiaire.	Frais de transport aller/retour

École à domicile

• École à domicile en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant plus de 15 jours à son domicile ou à l'hôpital : organisation et prise en charge.	10 heures par semaine (hors vacances scolaires et jours fériés) dans la limite de 5 déplacements du répétiteur par semaine et de 2 heures de cours au minimum dans une journée
--	---

Prestations au domicile en cas de décès

Garde ou Transfert des enfants du bénéficiaire décédé, de personnes dépendantes, d'animaux familiers

<ul style="list-style-type: none">• Soit Garde à domicile des enfants (ou petits enfants) âgés de moins de 15 ans : organisation et prise en charge des frais de garde.• Soit Organisation et prise en charge du déplacement des enfants (ou petits enfants) âgés de moins de 15 ans chez un proche.• Soit Venue d'un proche pour garder les enfants au domicile du bénéficiaire.	20 heures maximum Frais de transport aller/retour ou 24h de location d'un véhicule de catégorie B pour chaque trajet (aller et retour)
<ul style="list-style-type: none">• Soit Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge soit par un auxiliaire de vie soit par une personne de compagnie.• Soit Organisation et prise en charge du déplacement des personnes dépendantes vivant sous le toit du sociétaire chez un proche• Soit Venue d'un proche pour garder ces personnes au domicile de l'assuré.	20 heures maximum Frais de transport ou 24h de location d'un véhicule de catégorie B pour chaque trajet (aller et retour)
<ul style="list-style-type: none">• Soit Organisation et prise en charge du gardiennage des animaux (chiens, chats, à l'exclusion de tout autre animal) par un professionnel.• Soit Organisation et prise en charge du gardiennage des animaux (chiens, chats à l'exclusion de tout autre animal) chez un proche.	30 jours maximum Frais de transport dans un rayon maximum de 100 km

Prestations à domicile en cas d'affection de longue durée

Evaluation des besoins et recommandations

- Analyse de la situation médico-sociale et socio-économique du bénéficiaire.
- Evaluation des besoins et proposition des solutions d'aide et de services adaptées.
- Information sur les moyens de les mettre en œuvre et de les financer (Enveloppe de services d'aide à domicile ci-après et les autres sources de financement).

Enveloppe de services et d'aide à domicile

- Transport non médicalisé du bénéficiaire.
- Aide à domicile (Auxiliaire de vie, Travailleuse familiale, Aide ménagère).
- Préparation du retour à domicile (tâches ménagères, ouverture des volets, mettre le logement à température, faire les courses).
- Transfert d'un proche au domicile du bénéficiaire.
- Transfert des enfants de moins de 15 ans et/ou des membres de la famille dépendants au domicile d'un proche.
- Garde à domicile des enfants de moins de 15 ans.
- Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extrascolaires des enfants de moins de 15 ans.
- Veille ou prise en charge des membres de la famille dépendants (auxiliaire de vie, personne de compagnie).
- Portage de repas, livraison des courses au domicile.
- Garde à domicile de l'enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent.
- Séjour à l'hôtel d'un proche.
- Organisation et prise en charge de la garde des animaux de compagnies (chiens, chats, à l'exclusion de tout autre animal).
- Livraison de médicaments. **Le coût des médicaments n'est pas à la charge d'Aréas Assistance.**
- Bien être à domicile : coiffure et esthétique.

Dans la limite de 500 € par an

Aide au bénéficiaire dépendant

- Accompagnement social : bilan de vie, plan d'aide, informations diverses, etc. **Le bilan de vie et le plan d'aide sont réalisés une seule fois par événement garanti.**
- Audit Habitat : diagnostic effectué par un professionnel de l'aménagement de l'habitat et proposition de solutions de prévention. **L'audit de l'habitat est réalisé une seule fois par événement garanti. Le coût des devis et travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du bénéficiaire.**

Prestations ponctuelles à l'entrée en dépendance

Evaluation des besoins et recommandations

- Analyse de la situation médico-sociale et socio-économique du bénéficiaire.
- Evaluation des besoins et proposition des solutions d'aide et de services adaptées.
- Information sur les moyens de les mettre en œuvre et de les financer (Enveloppe de services d'aide à domicile ci-après et les autres sources de financement).

Enveloppe de services et d'aide à domicile

- Transport non médicalisé du bénéficiaire.
- Aide à domicile (Auxiliaire de vie, Travailleuse familiale, Aide ménagère).
- Préparation du retour à domicile (tâches ménagères, ouverture des volets, mettre le logement à température, faire les courses).
- Transfert d'un proche au domicile du bénéficiaire.
- Transfert des enfants de moins de 15 ans et/ou des membres de la famille dépendants au domicile d'un proche.
- Garde à domicile des enfants de moins de 15 ans.
- Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extrascolaires des enfants de moins de 15 ans.
- Veille ou prise en charge des membres de la famille dépendants (auxiliaire de vie, personne de compagnie).
- Portage de repas, livraison des courses au domicile.
- Garde à domicile de l'enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent.
- Séjour à l'hôtel d'un proche.
- Organisation et prise en charge de la garde des animaux de compagnies (chiens, chats, à l'exclusion de tout autre animal).
- Livraison de médicaments. **Le coût des médicaments n'est pas à la charge d'Aréas Assistance.**
- Bien être à domicile : coiffure et esthétique.

Dans la limite de 500 € par an

Téléassistance ponctuelle à domicile

En cas d'hospitalisation, d'immobilisation à domicile ou d'affection de longue durée

- Téléassistance ponctuelle à domicile.

1 fois par évènement garanti
pour une durée de 3 mois
Prolongement à un tarif préférentiel
au-delà de 3 mois

Assistance psychologique

- Accompagnement psychologique.

3 entretiens par téléphone et/ou remboursement de
12 séances maximum de consultation en cabinet
80 € TTC maximum par consultation

Nutricoach

Programme d'éducation et d'accompagnement nutritionnel et aide à la perte pondérale

- Bilan d'évaluation des pratiques alimentaires.
- Informations sur les bonnes pratiques préventives et les règles hygiéno-diététiques pour une alimentation équilibrée.
- Accompagnement téléphonique à la mise en œuvre et au maintien d'une stratégie de perte pondérale.
- Site internet proposant un module de suivi et un générateur de menus.

Prestations rendues par téléphone

5 entretiens maximum de suivi ou de coaching



49, rue de Miromesnil 75380 Paris Cedex 08
Tél. : 01 40 17 65 00 - www.areas.fr

Aréas Dommages | Aréas Vie
N° Siren : 775 670 466 | N° Siren : 353 408 644
Sociétés d'assurance mutuelles à cotisations fixes
Entreprises régies par le Code des assurances