

Notice (valant conditions générales)

Protection Santé MALAKOFF HUMANIS

CONFORME
100%
SANTÉ



Produit co-conçu et assuré par :



Produit géré par :



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE



Sommaire

Préambule	p.3
1. ADHÉSION À LA CONVENTION	P.4
2. QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ ?	P.4
3. QUE GARANTISSENT LES CONVENTIONS PROTECTION SANTE MALAKOFF HUMANIS ?	P.5
4. VOS GARANTIES	P.5
4.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P.5
4.2 MODIFICATIONS DES NIVEAUX DE GARANTIES	P.6
4.3 CONTENU DES GARANTIES	P.6
4.4 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ	P.9
5. CE QUE LES CONVENTIONS NE PRENNENT PAS EN CHARGE	P.9
6. QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?	P.10
6.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER	P.10
6.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT	P.10
6.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF	P.10
6.4 REPRISE DES INDUS	P.11
7. À PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ?	P.11
7.1 MODALITÉS D'ADHÉSION	P.11
7.2 PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION	P.11
7.3 CESSATION DE VOTRE ADHÉSION	P.12
8. VOTRE COTISATION	P.13
8.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?	P.13
8.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?	P.13
8.3 LES MODES DE PAIEMENT	P.14
8.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?	P.14
9. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE VOTRE ADHÉSION À LA CONVENTION ?	P.14
10. SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	P.15
11. PRESCRIPTION	P.15
12. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATION ?	P.16
13. PROTECTION DE VOS DONNÉES	P.16
LEXIQUE	P.17
TABLEAU DES GARANTIES	P.19
STATUTS DE L'ASSOCIATION LAFPAC	P.21
CONDITIONS GÉNÉRALES – GARANTIE ASSISTANCE	P.24

Préambule

**AVEC APRIL
JE COMPRENDS**

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la Convention d'assurance de groupe à adhésion facultative « Protection Santé MALAKOFF HUMANIS » souscrite par l'Association LAFPAC (LA FAYETTE Promotion des Assurances Collectives) auprès de QUATREM (Convention d'assurance n° 0032667).

QUATREM est une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 510 426 261 euros, dont le siège social est situé, 21 rue Laffitte - 75009 Paris RCS Paris 412 367 724 Société du groupe MALAKOFF HUMANIS, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.

QUATREM assure les garanties Frais de santé et est également désignée par le terme « Organisme assureur » dans la présente Notice.

AUXIA Assistance, SA au capital de 1 780 000 euros - entreprise régie par le Code des assurances - siège social 21 rue Laffitte 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris.

Le contrat ouvre droit aux garanties d'assistance, assurées et gérées par AUXIA Assistance, sous réserve de respecter les dispositions prévues aux conditions générales valant Notice d'information des garanties d'assistance.

L'Association LAFPAC (Lafayette Promotion pour l'Assurance Collective) est une association loi 1901 dont le siège est situé 21 rue Laffitte - 75009 Paris.

L'Association a fixé un droit d'adhésion annuel. Ce droit d'adhésion est appelé par APRIL en même temps que la cotisation et reversé à l'Association.

Il est dû tant que durera l'adhésion de l'assuré au contrat.

Article L141-4 du Code des assurances :

L'Association est tenue :

- de remettre à l'Adhérent une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;
- d'informer par écrit les Adhérents des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

La preuve de la remise de la notice à l'Adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

L'Adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

Toutefois, la faculté de dénonciation n'est pas offerte à l'Adhérent lorsque le lien qui l'unit au souscripteur rend obligatoire l'adhésion au contrat.

Les assurances de groupe ayant pour objet la garantie de remboursement d'un emprunt et qui sont régies par des lois spéciales ne sont pas soumises aux dispositions du présent article.

L'Association LAFPAC est également désignée par le terme « Association » dans la présente Notice.

L'organisme gestionnaire de cette Convention d'assurance est, par délégation de l'organisme assureur, **APRIL Santé Prévoyance**, SASU au capital de 540 640 € dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON CEDEX 03 - RCS Lyon 428 702 409 - N°ORIAS 07 002 609 - soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.

APRIL Santé Prévoyance est désignée ci-après par le terme « APRIL ».

L'Adhérent est la personne physique qui adhère à la Convention d'assurance référencée ci-dessus. Il est également désigné par le terme « Vous » dans la présente Notice.

Le terme « Assuré » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties de la Convention d'assurance. Les Assurés sont inscrits au *Certificat d'adhésion*.

Pour Vous faciliter la compréhension, chaque terme ou expression écrit en italique avec une majuscule est défini(e) au Lexique.



1. Adhésion à la convention

L'adhésion à la Convention d'assurance est constituée par la signature de la demande d'adhésion, la présente Notice et l'émission du *Certificat d'adhésion* qui mentionne l'Organisme assureur.

Cette Convention n°0032667 « Protection Santé MALAKOFF HUMANIS » est une convention de type « solidaire » et « responsable » c'est-à-dire qu'elle s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L.871-1 et L862-4 et suivants du Code de la Sécurité Sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.

En conséquence, aucune exclusion mentionnée au sein de la présente Notice ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la *Sécurité Sociale* et les frais de santé donnant lieu à remboursement de la *Sécurité Sociale* sont garantis à minima à hauteur de 100% de la *Base de Remboursement* de la *Sécurité Sociale* (remboursement *Sécurité Sociale* inclus).

Cette Convention respecte les planchers minimaux et les plafonds maximums de garanties du « Contrat responsable » ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux *Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)*.

De même, en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dépenses de santé exposées dans le cadre du panier de soins « 100% santé » seront intégralement prises en charge dans les conditions et selon le calendrier déterminé au décret susvisé.

Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables et solidaires ».

A noter :

Le contrat Protection Santé MALAKOFF HUMANIS est éligible à la loi 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle (dite « Loi Madelin ») pour les travailleurs non-salariés non agricoles (TNS) et ouvre droit au bénéfice de l'article 154 bis du Code général des impôts.

Le contrat Protection Santé MALAKOFF HUMANIS n'est pas éligible à la loi 94-126 du 11 février 1994 pour les autres assurés.

2. Qui peut adhérer et être assuré ?

Pour adhérer et être assuré au titre de la Convention d'assurance « Protection Santé MALAKOFF HUMANIS », l'Assuré doit :

- Résider en France Continentale, Corse ou dans un Département ou une Région d'Outre-Mer (DROM) à l'exclusion de Mayotte ou dans l'une des Collectivités d'Outre-mer (COM) suivantes : Saint-Barthélemy ou Saint Martin.
- Relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire français.
- Adhérer à l'Association LAFPAC.
- Être âgé de moins de 85 ans à la date d'adhésion.

De plus pour les TNS :

- Exercer une activité non salariée, rémunérée dont le régime d'imposition relève de la catégorie des bénéfices non commerciaux ou des bénéfices industriels et commerciaux.
- Être en activité à la date d'effet de l'adhésion.
- S'engager à notifier à l'Organisme assureur tout changement d'activité dans le mois qui suit.
- Être à jour du versement des cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

Peuvent également être assurés au titre de cette Convention, votre *Conjoint* et vos *Enfants*, ayants droit aux prestations en nature d'un *Régime Obligatoire* d'assurance maladie français. Ils sont alors inscrits au *Certificat d'adhésion*.

Attention :

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et de chacun des Assurés. Ils doivent en conséquence, répondre aux questions posées par l'Organisme assureur qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend à sa charge.



À NOTER

Si au cours de la vie du contrat votre situation devait changer, n'oubliez pas d'en informer APRIL Santé Prévoyance en suivant les indications de l'article 9 de la présente Notice.

Toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non établies par APRIL dans les informations qui lui seront fournies entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle ci-dessous reproduits.

Article L113-8 du Code des assurances :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

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

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L 113-9 du Code des assurances :

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport aux taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

3. Que garantit la convention « Protection Santé MALAKOFF HUMANIS » ?

« Protection Santé MALAKOFF HUMANIS » comprend 5 niveaux de garanties.

En fonction du niveau de garantie, la Convention « Protection Santé MALAKOFF HUMANIS » garantit :

- Le remboursement des frais chirurgicaux et/ou médicaux restant à votre charge après remboursement de la *Sécurité Sociale*,
- Le remboursement des dépenses de soins médicalement prescrits prises en charge par la *Sécurité Sociale*,
- Le remboursement des dépenses de soins médicalement prescrits non prises en charge par la *Sécurité Sociale* mais relevant des garanties de la Convention « Protection Santé MALAKOFF HUMANIS »,
- Le remboursement des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus dans votre tableau de garanties.

Les dépenses et frais indiqués ci-dessus doivent correspondre à des actes réalisés durant la période de validité de vos garanties.

4. Vos garanties

4.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Pour chaque garantie, les montants de remboursement sont précisés au sein du tableau des garanties figurant en annexe en fonction du niveau de garantie souscrit.

Selon les garanties, les montants de remboursement sont exprimés :

- En Frais réels ;
- En pourcentage du tarif en vigueur fixé par la *Sécurité Sociale (Base de Remboursement)* ;
- Ou sous la forme d'un forfait. Sauf disposition contraire indiquée au tableau des garanties, ces forfaits sont valables par *Année d'Adhésion* et par *Assuré*, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.



LES REMBOURSEMENTS SONT TOUJOURS EFFECTUES DEDUCTION FAITE DU REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE (SAUF DISPOSITION CONTRAIRE MENTIONNEE AU TABLEAU DES GARANTIES OU DANS LA PRESENTE NOTICE) OU DE TOUT AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE AUPRES DUQUEL VOUS POURRIEZ ETRE ASSURE ET DANS LA LIMITE DE VOS GARANTIES. DANS TOUS LES CAS, VOS REMBOURSEMENTS SONT LIMITES AU MONTANT DE VOTRE DEPENSE REELLE.

Quand elles sont contractées sans fraude et conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la Convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

4.2 MODIFICATION DES NIVEAUX DE GARANTIES

Tout changement de niveau de garanties est soumis à étude et acceptation préalable de la part d'APRIL.

Evolutions réglementaires :

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la *Sécurité Sociale*, le contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la notification de la modification. Le souscripteur ou l'adhérent peuvent toujours refuser la proposition en respectant les modalités de révision prévues à l'article 7.3.

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

4.3 CONTENU DES GARANTIES

Les garanties dont Vous bénéficiez dépendent du niveau de garantie que Vous avez souscrit. En conséquence, si une ou plusieurs des garanties mentionnées ci-dessous n'apparaît pas au tableau des garanties, c'est que Vous n'en bénéficiez pas.

4.3.1 MODULE D'HOSPITALISATION

Sont pris en charge au titre de cette garanties les frais de soins dits "de courte durée" dispensés au cours d'une *Hospitalisation* selon les modalités suivantes :

Hospitalisation en Secteur conventionné :

Séjours en Médecine, Chirurgie, Hospitalisation à domicile et Maternité

Frais de séjour

En cas d'*Hospitalisation*, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à votre charge après un remboursement partiel de la *Sécurité Sociale*.

Forfait journalier hospitalier

Est pris en charge le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une *Hospitalisation*. Le montant de ce forfait est réglementé et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

Honoraires

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une *Hospitalisation* (y compris en cas d'*Hospitalisation* à domicile) ou à une intervention chirurgicale.

Le niveau de prise en charge varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un *Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)* prévu par la convention nationale médicale.

Chambre particulière

Selon le niveau souscrit, les frais de chambre particulière pour des séjours en médecine, chirurgie et maternité sont pris en charge au titre de cette garantie **dans la limite du montant exprimé par nuit dans Votre tableau des garanties.**

En tout état de cause, **ne peuvent donner lieu à remboursement :**

- les appartements privés ;
- les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la *Sécurité Sociale*, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.



CONSEIL

En cas d'hospitalisation, pensez à faire une demande de prise en charge sur votre Espace Assuré : www.april.fr. Les frais pris en charge par votre contrat seront ainsi directement réglés par APRIL Santé Prévoyance à l'hôpital ou à la clinique, ce qui Vous évite des avances de frais importantes.

Frais d'accompagnant

Selon le niveau souscrit, cette garantie prévoit, en cas d'*Hospitalisation* d'un Assuré, le versement d'un forfait exprimé par jour prenant en charge le cas échéant les frais de repas et de lit de l'accompagnant.

À NOTER

Ce forfait Vous permet notamment d'accompagner votre enfant ou votre conjoint assurés au cours de son hospitalisation.

Séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés ainsi que les séjours en psychiatrie en Secteur conventionné

Si Vous avez souscrit un niveau de garanties responsables, sont pris en charge :

- Le forfait journalier hospitalier, les frais de séjour, les honoraires et frais médicaux pour :
 - Les séjours en soins de suite, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec *Hospitalisation*, les frais de maison de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
 - Les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues.
 - Les *Hospitalisations* pour motif psychiatrique prises en charge par la *Sécurité Sociale*.

Hospitalisation en Secteur non conventionné

Sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de séjour et de soins pris en charge par la *Sécurité Sociale*.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la *Base de Remboursement* de la *Sécurité Sociale*.

4.3.2 SOINS COURANTS

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

Les honoraires médicaux

Sont pris en charge les honoraires pratiqués pour :

- Une consultation au cabinet du médecin (généraliste ou spécialiste) ou pour une visite effectuée par ce dernier à domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes).
- Les actes techniques médicaux, actes de chirurgie, actes obstétricaux et actes d'imagerie médicale.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un *Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)* prévu par la convention nationale médicale.

Les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors parcours de soins coordonnés » sont soumis à des conditions de remboursement spécifiques :

La Convention ne prendra pas en charge la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la *Sécurité Sociale*) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats dits « responsables ».

Les honoraires paramédicaux,

Les frais d'analyse et examens de laboratoires,

A noter : les frais de santé listés ci-dessus sont pris en charge y compris en soins externes et à domicile.

Sont également pris en charge :

- Les médicaments remboursés par la *Sécurité Sociale*,
- Forfait médicaments et homéopathie prescrits non remboursés par la *Sécurité Sociale*,
- Frais de transport dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin,
- Matériel médical,

Sont pris en charge au titre de cette garantie les prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèses Auditives et accessoires optiques),

Forfait objets médicaux connectés

La prise en charge des objets médicaux connectés (et non connectés) est strictement limitée aux objets suivants : *Tensiomètre* et *Oxymètre de pouls*. Elle s'applique par *Année d'adhésion* et par Assuré.

La prise en charge des objets médicaux connectés ne pourra se faire que s'ils ont été achetés en pharmacie ou parapharmacie.

CONSEIL

Respectez le parcours de soins !
Si Vous n'avez pas déclaré votre médecin traitant ou si Vous consultez directement un médecin sans être orienté par votre médecin traitant, Vous serez considéré comme étant en dehors du parcours de soins coordonnés.
Vos consultations seront donc moins bien remboursées.

● Forfait Médecines naturelles

Vous bénéficiez d'un forfait permettant une prise en charge de frais non remboursés par la *Sécurité Sociale* consécutifs à des actes, soins ou consultations dont la liste est précisée au sein du tableau des garanties.

4.3.3 DENTAIRE

● Soins et Prothèses 100% santé

Les frais de prothèses exposés dans le cadre du panier des soins dits « 100% santé » seront intégralement pris en charge après remboursement du *Régime Obligatoire* dans les conditions fixées par le décret n°2019-21 relatif aux contrats « responsables et solidaires » sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes.

● Soins dentaires et Inlays-Onlays remboursés par la *Sécurité Sociale*

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien-dentiste
- Les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux.

● Prothèses (dont offre Modérée ou offre Libre)

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de prothèses dentaires (dont les appareils dentaires) qui ont fait l'objet d'un remboursement partiel de la *Sécurité Sociale* sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation.

● Orthodontie remboursée par la *Sécurité Sociale*

● Autres frais dentaires non remboursés par la *Sécurité Sociale* :

Prothèses, implantologie et parodontologie.

4.3.4 OPTIQUE

Seuls les frais d'optique ayant fait l'objet d'une prescription médicale sont pris en charge dans la limite des prix limites de vente (PLV) qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé ».

● Équipement optique

● Dispositions générales

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'équipement d'optique médical remboursés par la *Sécurité Sociale* comme indiqué au sein de votre tableau des garanties en fonction du niveau souscrit, du niveau de correction de vue de l'Assuré et de la complexité des verres (cf. annexe Grille optique).

● Équipement 100% santé et dispositions spécifiques aux contrats « responsables et solidaires » (niveau de garanties responsables)

Les conditions de prise en charge de l'équipement d'optique médical s'effectuent dans les conditions prévues par le dispositif des contrats « responsables et solidaires ».

La prise en charge des verres et des frais de monture est limitée comme indiqué au tableau des garanties.

Les équipements « 100% santé » seront intégralement pris en charge après remboursement du *Régime Obligatoire* dans les conditions fixées par le décret n°2019-21 relatif aux contrats « responsables et solidaires ».

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement complet (composé de deux verres et d'une monture) par période de **deux ans à compter du dernier renouvellement** de l'équipement ou par période **d'un an** pour les Assurés de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Un renouvellement anticipé est possible en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières.

● Lentilles

Sont pris en charge les frais liés à l'achat de lentilles correctrices médicalement prescrites y compris les lentilles jetables.

La prise en charge diffère selon que les lentilles sont remboursées ou non par la *Sécurité Sociale*.

À NOTER

Le détartrage, le traitement d'une carie, la dévitalisation font partie des soins dentaires dits « conservateurs », et les extractions sont des soins dentaires chirurgicaux.



● Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser,

4.3.5 AIDES AUDITIVES

Sont pris en charge les dispositifs médicaux visant à compenser une perte d'audition (audioprothèse/appareil auditif) sans pouvoir excéder les prix limites de vente (PLV) qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du « 100% santé ».

Équipement « 100% santé » et dispositions spécifiques aux contrats « responsables et solidaires » (niveau de garanties responsables)

La prise en charge des équipements auditifs s'effectue selon les dispositions du décret n°2019-21 relatif aux contrats responsables et solidaires. Les équipements « 100% santé » (équipements de classe I) seront intégralement pris en charge après remboursement du *Régime Obligatoire*.

Les plafonds de prise en charge et les durées de renouvellement de la garantie AIDES AUDITIVES sont conditionnés au respect du dispositif relatif aux « contrats responsables et solidaires » et figurent au sein du tableau des garanties.

4.3.6 AUTRES PRESTATIONS

● Les dépenses médicales effectuées à l'étranger remboursées par la Sécurité Sociale française :

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

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la *Base de Remboursement* de la Sécurité Sociale, et exclut tout autre remboursement de la part d'APRIL.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

4.4 LE SERVICE TIERS PAYANT SANTÉ

Ce service Vous permet de ne pas régler les frais de soins pris en charge par la *Sécurité Sociale* auprès des professionnels de santé acceptant le Tiers payant. Cette dispense de paiement est limitée au montant de la *Base de Remboursement* ou au montant des plafonds et forfaits prévus au tableau des garanties.

Pour bénéficier de ce service, Vous devrez présenter au professionnel de santé votre carte Tiers Payant Santé.

En cas de cessation du service Tiers Payant Santé, la carte Tiers Payant Santé ne devra plus être présentée par l'Assuré et devra être détruite.

5. Ce que les conventions ne prennent pas en charge

Sont exclus de l'ensemble des garanties :

- *Les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires ;*
- *Les séjours en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en longs séjours ;*
- *Les soins esthétiques, les cures de toutes natures, la thalassothérapie ;*
- *La participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux ;*
- *La diminution du remboursement de la Sécurité Sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonné ;*
- *Les frais de soins non pris en charge par la Sécurité Sociale et/ou ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité Sociale sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties.*
- *Tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale ;*
- *La cigarette électronique n'est pas prise en charge au titre du contrat.*



6. Que faut-il faire pour obtenir vos remboursements ?

6.1 LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER

Si Vous bénéficiez de la télétransmission des informations entre la *Sécurité Sociale* et APRIL, vos remboursements s'effectueront automatiquement.

Dans les autres cas, ou si Vous n'utilisez pas le système de télétransmission lors de votre dépense de santé, Vous devrez adresser à APRIL, Service Prestations, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 694396 Lyon Cedex 03 :

- Les originaux des décomptes délivrés par la *Sécurité Sociale*,
- Y compris lorsque la *Sécurité Sociale* n'intervient pas : les originaux des notes ou factures acquittées comportant le numéro SIRET du praticien, précisant le nom et prénom de l'Assuré concerné et les actes ou prestations réalisés pour lesquels un remboursement est prévu au sein du tableau des garanties ainsi que les prescriptions médicales,
- Les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé.
- En cas d'*Hospitalisation*, le bulletin de situation, factures et notes d'honoraires et sur demande, un certificat médical détaillé.

Pour vos frais d'optique :

Si Vous n'utilisez pas le service Tiers payant Optique, Vous devrez Nous adresser les factures et ordonnances relatives aux frais dont le remboursement est demandé.

Dans le cadre du dispositif relatif aux contrats « solidaires et responsables », en cas de renouvellement anticipé de l'équipement d'optique médical (verres et monture), l'Assuré devra Nous communiquer la prescription médicale et tout justificatif permettant d'attester que ce renouvellement anticipé est consécutif à une évolution de la vue.

A défaut, les frais liés à l'acquisition de l'équipement d'optique médical ne seront pas pris en charge au titre de la garantie Optique.

APRIL pourra demander toutes autres pièces en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de sa demande de prestations.

Les modalités de transmission de ces documents sont détaillées à l'article 9 « Gestion administrative de votre adhésion ».

6.2 LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Organisme assureur est subrogé dans vos droits. Cela signifie que si les frais de santé remboursés sont la conséquence d'un *Accident* causé par un tiers, APRIL pourra agir contre ce dernier pour récupérer les sommes qui Vous ont été versées. Les modalités de transmission de ces documents sont détaillées à l'article 9 « Gestion administrative de votre adhésion ».

6.3 LE CONTRÔLE MÉDICAL ET ADMINISTRATIF

APRIL pourra demander à l'Assuré ayant perçu des remboursements, tout renseignement ou document utile pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Assuré devra les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'APRIL. De même APRIL pourra faire procéder à des contrôles et/ou enquêtes nécessaires.

APRIL se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré à tout moment, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, ledit médecin désigné par APRIL doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

Le médecin expert missionné par APRIL sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'Assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Dans ce cas, les frais et honoraires du médecin de l'Assuré resteront à sa charge.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

À NOTER

La télétransmission permet à APRIL Santé Prévoyance de recevoir de votre Sécurité Sociale les informations nécessaires à votre remboursement. Vous n'avez donc rien à faire ! Vous serez remboursé sous 24 heures.



À NOTER

Vous pouvez être en désaccord avec les conclusions de l'expert et demander l'organisation d'une expertise contradictoire en présence du médecin de votre choix.

En cas de contestation d'ordre médical, chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

6.4 REPRISE DES INDUS

En cas de reprise à l'Assuré d'un remboursement effectué à tort par la *Sécurité Sociale*, nous nous réservons le droit de réclamer à l'Assuré les prestations indûment versées.

7. À partir de quand et pour combien de temps êtes-vous garanti ?

7.1 MODALITÉS D'ADHÉSION

Si Vous adhérez à la Convention en signant la demande d'adhésion papier, par votre signature, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre contrat dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous Vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Si Vous avez choisi d'adhérer à la Convention par internet, Vous signez électroniquement la demande d'adhésion. Pour signer électroniquement, Vous devez renseigner le « code signature » qui Vous aura été personnellement communiqué par SMS (au numéro de téléphone que Vous Nous aurez communiqué sur votre demande d'adhésion). Ce « code signature » a une durée de validité limitée et est strictement personnel et confidentiel. En utilisant ce « code signature », Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Aussitôt après la signature de votre demande d'adhésion, Vous recevrez un courriel de confirmation à l'adresse électronique que Vous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre demande d'adhésion par APRIL. Vous disposez d'un accès sécurisé sur un site dédié Vous permettant d'accéder à tout moment à l'ensemble des documents.

Les documents signés sont archivés par APRIL chez un tiers certifié et serviront de preuve en cas de différend sur l'application des conditions du contrat.

Si votre adhésion s'effectue dans le cadre d'une reprise à la concurrence non déclarée à l'adhésion, il Vous appartiendra de procéder aux formalités de résiliation de l'ancien contrat. Dans ce cas l'Organisme assureur ne sera pas responsable en cas d'interruption de couverture.

CONSEIL

Conservez précieusement votre Certificat d'adhésion, il est la justification de votre contrat.

7.2 PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

Votre adhésion à la Convention est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL.

Votre date d'adhésion correspond à la date de prise d'effet des garanties que Vous avez indiquée sur votre demande d'adhésion, elle intervient au plus tôt :

- Au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL, en cas d'adhésion par papier ;
- Au lendemain de la date de signature électronique de votre demande d'adhésion, en cas d'adhésion par internet.

Cette date figure sur le *Certificat d'adhésion* qui Vous sera envoyé sur support papier par voie postale ou mis à votre disposition sur support durable via un accès sécurisé sur votre Espace Assuré.

Votre adhésion est conclue pour une première période s'achevant au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle par tacite reconduction pour douze (12) mois au 31 décembre de chaque année.

L'Organisme assureur ne pourra résilier votre adhésion sauf dans les cas mentionnés au paragraphe 7.3 « Cessation de votre adhésion ».

Ajout d'un Assuré :

En cas d'ajout d'un Assuré, ses garanties prennent effet à la date que Vous avez indiquée sur votre demande d'ajout et au plus tôt au lendemain de la date de réception de la demande d'ajout par APRIL.

L'acceptation d'un nouvel Assuré par APRIL est concrétisée par l'émission d'un nouveau *Certificat d'adhésion* précisant la date de prise d'effet des garanties du nouvel Assuré.

Faculté de renonciation :

Vous bénéficiez d'un délai de renonciation dans les cas suivants :



Si Vous avez adhéré à la Convention pour donner suite à un démarchage à domicile :

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9.-I. du Code des assurances 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.(...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation"

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance :

Conformément à l'article L 112-2-1 du Code des assurances, Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires. Le point de départ du délai de renonciation est défini comme suit :

Article L112-2-1 du Code des assurances :

« II.-1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu,
 b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ».

Dans ces deux cas, pour exercer votre droit à renonciation :

L'Adhérent doit adresser une demande de renonciation dénuée d'ambiguïté à l'adresse suivante :

- Par courrier : APRIL Santé Prévoyance- Service Adhésion Santé- Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439- LYON Cedex 03 ;
- Par courrier électronique : relationclient@april.com

Vous pouvez utiliser le modèle de rédaction suivant :

*"Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la convention « Protection Santé MALAKOFF HUMANIS » que j'avais souscrite lepar l'intermédiaire du cabinet...
 Fait à le signature ».*

L'adhésion à la Convention et le bénéfice des garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et Nous vous rembourserons les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

Si des prestations Vous ont déjà été versées au titre de votre adhésion à la Convention, Vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

7.3 CESSATION DE VOTRE ADHÉSION

Les garanties et le droit aux prestations cessent pour l'ensemble des Assurés dès la résiliation de votre adhésion dans les cas suivants :

A votre initiative :

- A chaque échéance (soit le 31 décembre de chaque année) par notification adressée au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre).

Le délai de préavis est décompté à partir de la date de notification.

Votre résiliation prendra effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

- À tout moment, après douze (12) mois d'adhésion.

Votre résiliation prendra alors effet un mois à compter de la date de réception de votre notification.

Nous Vous adresserons un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

- En cas de modification des conditions de votre contrat à l'initiative de l'Organisme assureur, Vous disposez d'un délai de 30 (trente) jours à compter de la notification pour résilier votre adhésion en raison de ces modifications.
- A la date à laquelle vous n'êtes plus membre de l'Association.

À NOTER

Vous n'avez pas à intervenir, votre contrat se renouvelle automatiquement au 1^{er} janvier de chaque année.

La résiliation doit être notifiée à APRIL selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) adressée à l'adresse suivante : 114 Boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03,
- Par *Lettre Recommandée Electronique* ou courrier électronique adressée à l'adresse suivante : relationclient@april.com,
- A l'aide du formulaire mis à disposition sur votre Espace Assuré,
- Vous pouvez également adresser votre demande par tout moyen prévu par le Code des assurances.

Vous serez redevable de la part de cotisation correspondant à la période jusqu'à laquelle vos garanties sont en vigueur. En cas de trop versé de votre part, Nous Vous rembourserons sous un délai de trente (30) jours à compter de la date de résiliation de vos garanties.

A l'initiative de l'Organisme Assureur :

- En cas de non -paiement de vos cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « Votre cotisation »,
- En cas de fausse déclaration, conformément à l'article 10 « Sanctions en cas de fausse déclaration ».

A l'initiative de l'Association :

- À la date de résiliation du contrat souscrit par l'Association auprès de l'Organisme assureur.

A noter :

Chaque Assuré cesse d'être garanti dès lors qu'il ne relève plus d'un *Régime Obligatoire* d'assurance maladie français.

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations à l'initiative de l'Organisme assureur, telle que mentionnée aux articles suivants, l'Association et l'Assuré peuvent toujours refuser la proposition de l'Organisme assureur dans les 30 jours qui suivent la réception dudit courrier en envoyant la demande de résiliation selon les modalités définies à l'article 7.3.

Le contrat est alors résilié dans les 10 jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les 30 jours suivant la notification de la modification, l'Organisme assureur considérera que l'Association ou l'Assuré a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

8. Votre cotisation

8.1 COMMENT EST DÉTERMINÉE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- De l'âge de chaque Assuré à la date de prise d'effet des garanties (l'âge est calculé par différence de millésime entrée l'année de prise d'effet des garanties et l'année de naissance),
- Du niveau de garanties, que Vous avez souscrit,
- De la composition de la famille assurée,
- Du *Régime Obligatoire* de chaque Assuré,
- Du département de *Résidence* de l'Adhérent.

En cas de modification de garanties ou de changement de *Régime Obligatoire* d'un Assuré, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge des Assurés à la date de prise d'effet de ladite modification.

Les taxes actuelles à la charge des Adhérents sont comprises dans la cotisation. Tout changement de taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

8.2 COMMENT ÉVOLUE VOTRE COTISATION ?

Votre cotisation évolue contractuellement de deux et demi pour cent (2,5%) au premier (1^{er}) janvier de chaque année.

A ce taux, peut s'ajouter l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'*Année d'Adhésion*, de l'âge de chaque Assuré, de la zone géographique de la *Résidence*, de la composition de la famille assurée, du *Régime Obligatoire* et des garanties souscrites.



En tout état de cause, tout changement du taux des taxes ou toute instauration de nouvelles impositions applicables à la Convention, toute évolution de la réglementation ou de la législation applicable à la Convention, entraînera une modification du montant de la cotisation.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours suivant la réception de votre avis d'échéance, l'Organisme assureur considérera que l'Assuré a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet selon les indications portées sur votre avis d'échéance.

Les augmentations de cotisations ont lieu :

- Chaque année au 1^{er} janvier,
- Ou éventuellement en cours d'année **en cas de modification de la réglementation applicable** ou si les montants pris en charge par les conventions d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés à la suite de l'évolution de la réglementation de la *Sécurité Sociale*.

8.3 LES MODES DE PAIEMENT

La cotisation est payable d'avance annuellement, par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.

Elle peut faire l'objet d'un fractionnement selon le mode de paiement que Vous avez choisi :

- semestriel,
- trimestriel (par prélèvement automatique seulement),
- mensuel (par prélèvement automatique seulement).

8.4 QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?

A défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, APRIL Vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties trente (30) jours plus tard.

Après un nouveau délai de dix (10) jours, votre adhésion sera résiliée.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du jour du paiement.

À NOTER

En cas de radiation pour non paiement Nous ne serons plus en mesure de remettre en vigueur vos garanties.

9. La gestion administrative de votre adhésion à la convention

La gestion de votre adhésion est confiée à APRIL. L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent donc être transmis directement à APRIL.

Votre adhésion est établie d'après les déclarations que Vous avez faites lors de votre adhésion et pendant la durée de celle-ci.

Au cours de votre adhésion, Vous devez déclarer à APRIL, dès que Vous en avez connaissance, et au plus tard dans les trois (3) mois, tout changement concernant les critères ayant servi à la détermination de la cotisation à l'adhésion.

Si la modification entraîne un changement du montant de la cotisation, Vous avez trente (30) jours pour accepter ou refuser cette proposition. En cas de refus, la résiliation de votre adhésion prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

Comment s'adresser à APRIL ? :

L'ensemble des documents visés aux présentes ou autres correspondances relatives à votre adhésion doivent être transmis à APRIL par l'intermédiaire de votre Espace assuré ou par courrier à l'une des adresses suivantes :

- Pour toutes demandes relatives au règlement des prestations : APRIL Santé Prévoyance, Service Prestations, TSA 60002, 69439 Lyon Cedex 03,
- Pour toute autre demande relative à Votre contrat : APRIL Santé Prévoyance, Service Adhésion Santé, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

Votre Espace Assuré :

L'ensemble des informations devant être portées à la connaissance d'APRIL, les demandes de modifications et de remboursement doivent être formulées sur votre Espace Assuré. Il s'agit d'un espace sécurisé dont l'accès est protégé par un identifiant et un mot de passe personnels, disponible sur <https://monespace.april.fr>. L'identifiant et les modalités de connexion Vous sont adressés par APRIL lors de l'adhésion.

Les rubriques dédiées de votre Espace Assuré Vous permettent de consulter vos documents contractuels, les échanges avec nos services de gestion et d'avoir accès à l'ensemble de vos

CONSEIL

Pour que votre contrat soit toujours adapté à votre situation, pensez à Nous informer de tout changement. De même en cas de naissance d'un enfant, si Vous l'assurez au titre de ce contrat dans les deux mois suivant sa naissance, il bénéficiera des garanties à partir de sa naissance.



données personnelles et remboursements ou demandes de remboursement.

Des formulaires sont disponibles en ligne afin de Vous permettre d'effectuer chacune des demandes de modifications concernant votre contrat, notamment les changements de garanties, les modifications de bénéficiaires, les modifications d'IBAN (concernant le prélèvement des cotisations ou le versement de vos prestations) ainsi que la résiliation de votre adhésion.

Comment APRIL s'adresse à Vous dans la cadre de la gestion de votre adhésion ? :

Les informations relatives à l'exécution de votre adhésion Vous seront transmises par APRIL à l'adresse email que Vous avez communiquée. Vous pouvez à tout moment demander, par écrit, à APRIL, de cesser ce mode de communication.

De plus, l'ensemble des documents liés à votre adhésion seront consultables sur votre Espace Assuré. En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, Vous devez avertir APRIL dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers ou courriels transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

10. Sanctions en cas de fausse déclaration

Toute omission, réticence, fausse déclaration établie par APRIL dans les informations qui lui seront fournies expose l'Assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

L'Organisme assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Concernant la déchéance des garanties, l'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'Organisme assureur.

11. Prescription

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme d'un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et suivants du Code des assurances qui prévoient :

- Article L114-1 « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, 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 L114-2 « 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 en recommandé électronique avec accusé de réception adressée 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 L114-3 « 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. »

À NOTER

Si Vous laissez passer ces délais, toute action deviendra impossible.



Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 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 (article 2245 du Code civil)
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

12. Que faire en cas de réclamations ?

Pour toute réclamation, Vous pouvez vous adresser en premier lieu à votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis votre Espace Assuré.

Si la réponse ne Vous satisfait pas, Vous pouvez adresser en second lieu votre demande à notre Service Réclamations (par mail : reclamations@april.com ou par courrier : Service Réclamations – APRIL Santé Prévoyance – 114 Bd Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03).

Vos interlocuteurs seront attachés à Vous apporter une réponse sous dix (10) jours ouvrables ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, Nous nous engageons à Vous communiquer le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder deux (2) mois.

Si le désaccord persiste, Vous pouvez faire appel au Médiateur compétent :

- Toute demande de médiation doit être précédée d'une réclamation écrite auprès de nos services. Si la réponse apportée ne Vous satisfait pas ou si Vous n'avez pas obtenu de réponse depuis plus de deux (2) mois, Vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance dans un délai d'un an suivant la date de votre réclamation.
- Aucune action judiciaire ne doit avoir été engagée.
- Cette démarche ne Vous empêche pas d'engager ultérieurement d'autres procédures de recours si Vous le souhaitez.
- Le Médiateur exerce sa mission gratuitement et en toute indépendance.

Vous pouvez contacter la Médiation de l'Assurance :

- Par courrier : la Médiation de l'Assurance – TSA 50 110 – 75441 Paris cedex 09
- Ou par voie électronique, en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediation-assurance.org/> Rubrique : Je saisis le Médiateur

Si Vous avez adhéré à la Convention à distance par Internet, Vous pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Nous vous conseillons de toujours vous adresser au préalable à notre Service Réclamations qui vous orientera au mieux et pourra vous fournir des informations sur la constitution du dossier de demande de médiation.

13. Protection de vos données

Dans le cadre du contrat d'assurance, l'Organisme assureur et APRIL Santé Prévoyance collectent et traitent des données personnelles vous concernant et concernant chaque assuré en qualité de responsables conjoints de traitement.

Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui a été fournie lors du parcours d'adhésion au contrat d'assurance et qui est également accessible sur l'Espace Assuré.

Par ailleurs, Nous vous informons que :

- l'Organisme assureur est seul responsable de certains traitements de données personnelles vous concernant et concernant chaque assuré. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Politique de protection des données personnelles de l'Organisme assureur disponible sur son site internet via le lien suivant : <https://www.malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees>.
- APRIL Santé Prévoyance est seule responsable de certains traitements de données personnelles vous concernant et concernant chaque assuré. Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui a été fournie lors du parcours d'adhésion au contrat d'assurance et qui est également accessible sur l'Espace Assuré.

À NOTER

Vous pouvez retrouver les coordonnées complètes de votre Assureur conseil sur votre Certificat d'adhésion ou sur l'Espace Assuré en Vous connectant sur : www.april.fr



LEXIQUE

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et violente d'une cause extérieure, dont l'Assuré est victime pendant la période de validité de ses garanties.

ANNÉE D'ADHÉSION

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties portée au *Certificat d'adhésion* pour chaque Assuré.

BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif de base déterminé par l'Assurance Maladie Française comme référence pour le calcul des remboursements (le montant remboursé par la *Sécurité Sociale* résulte de l'application d'un taux de remboursement sur ce tarif de base).

Ce tarif de base peut, selon les actes, être désigné par l'Assurance Maladie sous les termes **TA**, **TC**, **TFR** ou **TR**.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

Document remis à l'Adhérent constatant son adhésion à la Convention et qui précise les garanties souscrites, leur date d'effet et le niveau choisi.

CONJOINT

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), le (a) concubin(e) déclaré(e) ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (DPTAM)

Le *DPTAM* est un terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

Le CAS, l'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO vise de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, Vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la *Sécurité Sociale*.

Par ailleurs, les contrats d'assurance santé complémentaire qui prévoient une prise en charge des dépassements d'honoraires doivent prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérents au DPTAM par rapport aux médecins non adhérents, y compris les médecins non-conventionnés.

Pour connaître les médecins adhérant à un DPTAM, Vous pouvez consulter le site ameli-direct.fr.

ENFANT(S)

Les *Enfants* à charge de l'Adhérent ou de son *Conjoint*, jusqu'au 31 décembre de leur 20^{ème} anniversaire, bénéficiant des prestations en nature d'un *Régime Obligatoire*.

La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française.

HOSPITALISATION

Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilitée(e) à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

Sont également considérés comme une *Hospitalisation* au sens du contrat, les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (*Hospitalisation ambulatoire*) et les *Hospitalisations* à domicile (H.A.D.) Prises en charge par la *Sécurité Sociale*.

LETTRÉ RECOMMANDÉE ELECTRONIQUE

Pour être conforme et recevable, une *Lettre Recommandée Electronique* doit être acheminée par un tiers selon un procédé permettant d'identifier le tiers, de désigner l'expéditeur, de garantir l'identité du destinataire et d'établir si le document a été déposé et remis au destinataire conformément aux dispositions de l'article L.100 du Code des Postes et des Communications Electroniques.



MALADIE

Altération de la santé constatée par une autorité médicale pendant la période de garantie.

OXYMÈTRE

Appareil médical servant à mesurer la quantité d'oxygène dont le sang est saturée.

RÉGIME OBLIGATOIRE

Le Régime français de *Sécurité Sociale* auquel est affilié l'Assuré.

RÉSIDENCE

Lieu de situation du logement que l'Adhérent occupe habituellement et effectivement avec sa famille.

SECTEUR CONVENTIONNÉ

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la *Sécurité Sociale* et pratiquant des tarifs contrôlés. Au sein du *Secteur conventionné*, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la *Sécurité Sociale*.

Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de la *Sécurité Sociale*. Le ticket modérateur et le dépassement de la *Base de Remboursement* du *Régime Obligatoire* sont alors à la charge de l'assuré social.

SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la *Sécurité Sociale* et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la *Sécurité Sociale* est alors effectué sur une base minorée.

SÉCURITÉ SOCIALE

Terme générique utilisé dans la présente Notice pour désigner le régime d'Assurance Maladie auprès duquel l'Assuré est affilié.

TA (TARIF D'AUTORITÉ)

Base de Remboursement de la *Sécurité Sociale* établie entre la *Sécurité sociale* française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (TARIF DE CONVENTION)

Base de Remboursement établie entre la *Sécurité Sociale* française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TFR (TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITÉ)

Base de Remboursement calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établie par arrêté ministériel.

TM (TICKET MODÉRATEUR)

Différence entre la *Base de Remboursement* et la part effectivement prise en charge par la *Sécurité Sociale*.

TR (TARIF DE RESPONSABILITÉ)

Cela vise :

- Le Tarif de Convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- Le Tarif d'Autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

TENSIOMÈTRE

Appareil de mesure médical utilisé pour mesurer la pression artérielle.



Garanties Protection Santé MALAKOFF HUMANIS



Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Un seul niveau doit être souscrit par famille. Ces niveaux de garanties sont responsables et respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ*						
SÉJOURS EN MÉDECINE, CHIRURGIE, HOSPITALISATION À DOMICILE ET MATERNITÉ						
Frais de séjour		Frais réels				
Forfait journalier hospitalier		Frais réels				
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	350 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200% BR	200% BR
Chambre particulière y compris en ambulatoire – par jour et par assuré		40 €	50 €	70 €	80 €	100 €
Frais accompagnant (lit et frais de repas) (par jour)		20 €	25 €	30 €	35 €	40 €
SÉJOURS EN SOINS DE SUITE, DE RÉADAPTATION, DE RÉÉDUCATION ET ASSIMILÉS, ET SÉJOURS EN PSYCHIATRIE						
Frais de séjour		Frais réels				
Forfait journalier hospitalier		Frais réels				
Honoraires et frais médicaux DPTAM et NON DPTAM⁽¹⁾		100% BR				
Chambre particulière – par jour et par assuré ⁽²⁾		20 €	25 €	35 €	40 €	50 €
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale (y compris en soins externes et à domicile)	Médecins DPTAM ⁽¹⁾	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	350 % BR
	Médecins non DPTAM ⁽¹⁾	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire (y compris en soins externes et à domicile)		100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Forfait Patient Urgences et actes lourds		Frais réels				
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		100% BR				
Forfait Médicaments et homéopathie prescrits non remboursés par la Sécurité sociale – par année d'adhésion et par assuré		30 €	40 €	50 €	60 €	70 €
Transport		100% BR				
Matériel médical : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage – hors prothèse auditive et accessoire optique à usage médical		100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Forfait objets connectés à usage médical (strictement limités aux objets suivants : tensiomètre, oxymètre de pouls) – par année d'adhésion et par assuré		20 €	30 €	40 €	50 €	60 €
Forfait Médecines naturelles : ostéopathe, homéopathe, psychologue, acupuncteur, naturopathe, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, hypnothérapeute – par séance dans la limite de 4 séances par année d'adhésion et par assuré		20 €	25 €	30 €	40 €	50 €
DENTAIRE						
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » remboursés par la Sécurité sociale⁽³⁾		Frais réels				
Soins dentaires, Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires « Offre Modérée »⁽³⁾ et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale		100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR				
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie et parodontologie (par année d'adhésion)		100 €	150 €	200 €	300 €	400 €

OPTIQUE

La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en classe B et 30 € en classe A, le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale⁽⁴⁾. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre.

Équipement « 100% Santé » Classe A : 1 monture + 2 verres, y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle ⁽⁵⁾	Frais réels				
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels.				
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres simples (catégorie 1)	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe (catégorie 2)	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement « Offre libre » Classe B : 1 monture + 2 verres complexes ou très complexes (catégorie 3)	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle (pour 1 équipement complet Classe B)	50 % des frais réels				
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	100 % BR + 35 €	100 % BR + 70 €	100 % BR + 120 €	100 % BR + 170 €	100 % BR + 200 €
Lentilles refusées par la Sécurité sociale – par année d'adhésion	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie) – par année d'adhésion	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

AIDES AUDITIVES

Aides auditives (Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition)

Équipements « 100% Santé » Classe I	Frais réels				
Équipements « Offre libre » Classe II, par oreille, dans la limite de 1 700 € par oreille, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale	125 % BR	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 400 €	100 % BR + 500 €
Accessoires, entretien, piles – par année d'adhésion et par assuré	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR

AUTRES PRESTATIONS

Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100 % BR
---	----------

BR : Base de remboursement

* En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

- (1) Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTMA-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.
- (2) La garantie chambre particulière en séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés, et séjours en psychiatrie est limitée de la manière suivante :
 - 30 jours en milieux spécialisés : service psychiatrique
 - 90 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie.

(3) Tels que définis réglementairement. Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du panier « 100 % Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des honoraires de facturations prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(4) S'agissant des lunettes, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement Classe A «100% Santé» ou Classe B «Offre Libre» composé de deux verres et d'une monture par période d'un an. Non cumulable d'une année sur l'autre.

(5) Tels que définis réglementairement. Les frais optiques exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix limites de vente prévues pour ce type d'actes en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

GRILLE OPTIQUE

CATÉGORIE 1

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00]
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [-6,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ + 4,00
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 6,00

CATÉGORIE 3

- 2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00
- 2 verres unifocaux sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [- 6,00 et 0 s] et dont le cylindre est > à + 4,00
 - dont la sphère est < à -6,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
 - dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 6,00
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphériques
 - dont la sphère est [-8,00 et + 8,00]
 - dont la sphère est hors zone de [- 4,00 à + 4,00]
- 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ à +4,00
 - dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est > à + 4,00

CATÉGORIE 2

- 1 Verre de la catégorie 1
- Et
- 1 Verre de la catégorie 3

- dont la sphère est < à - 8,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
- dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 8,00
- dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 8,00

ou

- 1 Verre de la catégorie 3
- Et
- 1 autre Verre de la catégorie 3

* Somme S = (sphère + cylindre)

STATUTS DE L'ASSOCIATION LAFFAC

ARTICLE 1^{er}

Il est fondé entre les adhérents, personnes physiques ou morales, aux présents statuts une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, ayant pour titre « Association LAFFAC » (LA Fayette Promotion des Assurances Collectives).

ARTICLE 2 - Objet

Cette association a pour but l'examen des situations des salariés et non-salariés, au regard des domaines prévoyance et retraite collectives, l'information des membres, la sélection, la souscription et le suivi de contrats.

Elle vise, en matière de prévoyance et de retraite, à :

- informer ses adhérents sur les régimes de protection sociale,
- faire bénéficier ses adhérents d'études sur les régimes dans les domaines sus nommés,
- signer des contrats d'assurances collectives ayant pour but d'assurer la protection sociale de ses adhérents aussi bien en matière de prévoyance que de retraite, avec des organismes habilités,
- s'assurer de l'exécution de ces contrats et en contrôler l'application, faire bénéficier ses adhérents d'accords particuliers pris dans tout secteur économique et social,
- effectuer toute opération et prendre toute initiative propre à la réalisation de son objectif social.

ARTICLE 3 – Sièges sociaux

Le Siège Social est fixé au 21 rue Laffitte – 75009 PARIS.

Il pourra être transféré par simple décision du Conseil d'Administration :
la ratification par l'Assemblée Générale sera nécessaire.

ARTICLE 4 – Conseil d'Administration

L'association est dirigée par un conseil de 6 à 10 membres, élus pour quatre années par l'Assemblée Générale. Les membres sont rééligibles.

Pour la première période de quatre ans, les membres sont les premiers adhérents personnes physiques ayant contribué à la création de l'association.

Le Conseil d'Administration choisit parmi ses membres, au scrutin secret, un bureau composé de :

1. - un président,
2. - un vice-président,
3. - un secrétaire,
4. - un trésorier.

A l'issue de la première période de 4 ans, le conseil est renouvelé tous les deux ans par moitié. Les membres sortants étant pour le premier renouvellement désignés par le sort, leur nombre étant arrondi alternativement par défaut ou par excès si nécessaire.

En cas de vacance, le Conseil pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi lus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Le Conseil d'Administration est composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant dé tenu au cours des deux années précédant leur désignation

aucun intérêt ni mandat dans les organismes d'assurance signataires des contrats souscrits par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes.

Rémunération des membres du Conseil d'Administration

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites.

Cependant, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du Conseil.

Chaque année, le Président du Conseil d'Administration informe l'Assemblée Générale du montant de ces indemnités et avantages.

Le Président du Conseil d'Administration informe également l'Assemblée Générale de toute rémunération versée par les organismes d'assurance aux membres du Conseil d'Administration et liée au montant des cotisations ou à l'encours des contrats souscrits par l'Association.

ARTICLE 5 – Réunion du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois par an, sur convocation du président, ou sur la demande du quart de ses membres.

Les décisions sont prises à la majorité des voix ; en cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Nul ne peut faire partie du Conseil s'il n'est pas majeur.

Chaque membre présent peut recevoir un ou plusieurs pouvoirs d'un membre absent.
Le Conseil ne peut valablement se réunir que si au moins 4 membres sont présents ou représentés.

ARTICLE 6 – Assemblée Générale Ordinaire

L'Assemblée Générale Ordinaire comprend tous les membres de l'association à quelque titre qu'ils y soient affiliés. L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit une fois par an.

Le président, assisté des membres du bureau présents, préside l'Assemblée et expose la situation morale de l'association.

Le trésorier rend compte de sa gestion et soumet le bilan à l'approbation de l'Assemblée. Il est procédé, après épuisement de l'ordre du jour, au remplacement au scrutin secret, des membres du Conseil sortants.

Modalités d'exercice du droit de vote

Chaque adhérent dispose d'une voix.

Les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent ou leur conjoint. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Un même adhérent ne peut disposer de plus de 5 % des droits de vote.

Les adhérents ont également la possibilité de voter par correspondance.

Conditions de quorum

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents sont présents, représentés ou ont fait usage de leur faculté de vote par correspondance. A défaut d'avoir réuni ce quorum, une seconde Assemblée est convoquée et délibère valablement quel que soit le nombre d'adhérents présents,

représentés ou ayant fait usage de leur faculté de vote par correspondance.

Modalités de présentation des projets de résolution

Le Conseil d'Administration présente au vote de l'Assemblée Générale les projets de résolution qui lui ont été communiqués soixante jours au moins avant la date fixée pour l'Assemblée par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent.

Modalités de convocation à l'Assemblée Générale

Les convocations sont envoyées trente jours au moins avant la date fixée pour l'Assemblée.

Les convocations mentionnent l'ordre du jour et contiennent les projets de résolution présentés par le Conseil d'Administration, ainsi que ceux communiqués par les adhérents dans les conditions évoquées ci-dessus.

Ne seront traitées, lors de l'Assemblée Générale, que les questions soumises l'ordre du jour.

Procès-verbal de l'Assemblée Générale

Les délibérations de l'Assemblée Générale sont consignées dans un procès-verbal, rédigé et conservé par le Secrétaire de l'Association auprès duquel il peut être consulté.

Pouvoirs de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale délègue au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée ne pouvant excéder 18 mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans les matières que la résolution définit.

Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale.

En cas de signature d'un ou plusieurs avenants, le Conseil d'Administration en fait rapport à la plus proche Assemblée.

ARTICLE 7 - Assemblée Générale Extraordinaire

Si besoin est, ou sur la demande d'au moins 10 % des adhérents, le Président peut convoquer une Assemblée Générale extraordinaire, suivant les formalités prévues par l'article 6.

ARTICLE 8 - Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être décidé et établi par le Conseil d'Administration qui le fait alors approuver par l'Assemblée Générale.

Ce règlement éventuel est destiné à fixer les divers points non prévus par les statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne de l'association.

ARTICLE 9 - Définition d'un adhérent

Est défini comme adhérent de l'association LAFPAC une personne physique ou morale qui adhère à l'association par le biais d'une cotisation unique l'adhésion dont le montant est défini en Assemblée Générale.

ARTICLE 10 - Ressources de l'association

Les ressources de l'association LAFPAC sont constituées par :

1. les cotisations à l'adhésion de ses membres,
2. les intérêts et revenus des biens et valeurs appartenant à l'association,
3. les subventions qui peuvent lui être accordées,
4. les recettes des manifestations exceptionnelles qu'elle est susceptible d'organiser.

ARTICLE 11 - Comptes : exercice de référence

L'exercice comptable de référence débute au 1^{er} janvier et se clôture au 31 décembre de la même année.

ARTICLE 12 - Dissolution

En cas de dissolution prononcée par les deux tiers au moins des membres présents à l'Assemblée Générale, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés par celle-ci et l'actif, s'il y a lieu, est dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1^{er} juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

FINALISATION DE VOTRE ADHÉSION

- › Votre demande d'adhésion est prise en charge le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.
- › Dans les jours qui suivent la validation de votre contrat, Vous recevez votre dossier d'assuré.

APRIL VOUS ACCOMPAGNE

Une question ? Une modification à apporter à votre contrat ?
Contactez-Nous au 09 74 50 20 20 (appel non surtaxé).
Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi de 9h à 12h.

FRAIS DE GESTION

Les opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance engendrent des frais imputés selon le barème suivant :

- Avenant au contrat : 10 €.
- Rejet suite à un prélèvement bancaire : 10 €.
- Mise en demeure pour non-paiement : 25 €.
- Réouverture d'un contrat suite à une radiation : 10 €.
- Relevés des prestations :
 - › Si Vous avez opté pour un virement automatique et un relevé mensuel : gratuit.
 - › Si Vous avez opté pour un remboursement par chèque : 0,76 € /relevé.

Ce barème est susceptible d'évoluer. Vous pouvez retrouver ces informations dans votre guide pratique, disponible sur votre Espace assurés APRIL rubrique Mes infos pratiques / Mes guides pratiques.



Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest
CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.
Produit géré par APRIL Santé Prévoyance, co-concu et assuré par QUATREM.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

GARANTIE
ASSISTANCE
PROTECTION SANTE
MALAKOFF
HUMANIS

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION –
REF : 4201224



SOMMAIRE

OBJET DE L'ASSISTANCE	3
DÉFINITIONS	3
MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES	6
LES GARANTIES PROPOSÉES	6
DESCRIPTION DES GARANTIES	8
CADRE JURIDIQUE	21

Objet de l'assistance

La convention d'assistance se propose d'apporter une aide à l'assuré du contrat santé souscrit auprès de QUATREM, société du groupe MALAKOFF HUMANIS.

Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle sur la personne du bénéficiaire, résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les maladies, même si elles se manifestent sous une apparence accidentelle (AVC, arrêt cardiaque ...), ne sont pas des accidents.

Aidant

L'Aidant est l'Assuré qui entretient avec l'Aidé des liens étroits et stables. Il lui vient en aide de manière régulière et fréquente, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aide fournie par l'Aidant peut être permanente ou non, être apportée au Domicile de l'Aidant ou au Domicile de l'Aidé. Cette aide est fournie à titre non professionnel. L'Aidant n'est pas rémunéré.

La qualité d'Aidant est, au titre de cette convention, contractuellement reconnue dès l'état de Perte d'autonomie de l'Aidé avant même tout jugement de mise en curatelle ou en tutelle ou dès reconnaissance de l'Invalidité de 3^{ème} catégorie.

Etat de perte d'autonomie

L'état de perte d'autonomie est reconnu lorsque l'Ascendant est classé dans les groupes iso-ressources (GIR) 1, 2 ou 3 de la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR), tels que ces groupes sont définis, à titre indicatif, ci-dessous :

	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - ou personne en fin de vie.
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.

Ces définitions pourront être revues si cette grille venait à être modifiée.

L'Etat de perte d'autonomie de l'Aidé doit être consolidé et permanent. Il est reconnu par le médecin traitant qui délivre une attestation de perte d'autonomie.

Etat d'invalidité

L'état d'Invalidité est reconnu à l'Ascendant, lorsqu'il est classé en invalidité de 3ème catégorie, au sens du Code de la Sécurité sociale, c'est à dire en cas d'altération substantielle, durable ou définitive d'au moins une fonction physique, sensorielle, mentale, cognitive ou psychique, rendant impossible l'exercice d'une activité professionnelle et rendant obligatoire le recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie quotidienne.

Ascendant dépendant

La personne physique qui remplit les deux conditions cumulatives suivantes :

- Etre le père ou la mère de l'Assuré (par filiation au sens de la législation française) ;
- Etre atteint d'une dépendance médicalement constatée :
 - Soit en état d'invalidité : voir ci-dessus.
 - Soit en état de perte d'autonomie : voir ci-dessus.

La dépendance doit être consolidée.

Assisteur

AUXIA ASSISTANCE : entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros - RCS de Paris 351 733 761 - siège social au 21, rue Laffitte 75009 Paris.

L'organisme chargé du contrôle de l'Assisteur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

Assuré

L'assuré du contrat de santé Protection Santé Malakoff Humanis souscrit auprès de QUATREM.

Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont :

- L'Assuré,
- Son conjoint :
 - L'époux ou l'épouse de l'Assuré, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
 - Ou le partenaire pacsé (personne liée par un pacte civil de solidarité au participant (PACS) non dissous et non rompu),
 - Ou le concubin (personne ayant une vie commune notoire et permanente avec l'Assuré pendant une durée d'au moins deux ans). Aucune durée n'est exigée si un enfant est né de cette union. L'Assuré et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un, ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.
- Les enfants âgés de moins de 16 ans (au jour de la mise en œuvre de la garantie), fiscalement à la charge de l'Assuré.

Chirurgie ambulatoire

Hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit. La chirurgie ambulatoire comprend les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions nécessitant

impérativement la sécurité d'un bloc opératoire et permettant la sortie du patient le jour même de son admission.

Domicile

Lieu de la résidence principale ou secondaire du Bénéficiaire, situé en France Métropolitaine, ou en Outre-mer définie ci-après.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement en cas de sinistre survenant pendant la durée de validité du contrat d'assistance.

Hospitalisation :

- Hospitalisation imprévue

Tout séjour imprévu, prescrit en urgence par un médecin. Cette hospitalisation a lieu dans un établissement de soins privé ou public. Elle est consécutive à un accident ou à une maladie.

- Hospitalisation programmée

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public ou toute hospitalisation à domicile prescrit en dehors d'une situation d'urgence pour le traitement d'une affection ou dans le cadre d'un traitement en cours (maladie/soins chroniques/chimiothérapie/radiologie).

Immobilisation au domicile

Tout repos au domicile prescrit par un médecin à l'occasion d'un accident ou d'une maladie soudaine et aigue entraînant une impossibilité physique du bénéficiaire de se déplacer.

Outre-mer

Les Outre-mer prises en compte au titre du présent contrat sont : la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Martin, Saint Barthélemy.

Petits-enfants de l'Assuré

Ils sont âgés de moins de 16 ans (au jour de la mise en œuvre de la garantie).

Territorialité

Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine, ou en Outre-mer telle que définie ci-dessus. Les prestations sont limitées à la zone géographique du Domicile du bénéficiaire.

Transport

Les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par taxi, train (billet de première classe) ou par avion en classe économique.

Mise en œuvre des garanties

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être l'appel aux services de secours publics (le 15 ou le 112 pour joindre le SAMU ; le 17 pour joindre les services de la police ; le 18 pour joindre les pompiers) ou au médecin traitant. L'Assisteur peut, en dernier lieu, conseiller le bénéficiaire quant à la nature des intervenants qu'il convient d'appeler.

Les services d'assistance de l'Assisteur ne se substituent pas aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. **L'Assisteur ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.**

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance de cette convention doit être obligatoirement formulée dans un délai de 30 jours maximum suivant l'évènement par le bénéficiaire ou par ses proches par téléphone au : Prix d'un appel local.

- France métropolitaine : 09 86 86 03 87
 - Océan Indien : 02 62 97 50 39
 - Antilles-Guyane : 05 96 30 58 58
-
- Le numéro de la convention d'assistance concernée : **420 12 24**
 - L'identité de l'assuré et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone),

Le service d'assistance est accessible du lundi au samedi de 8 heures à 20 heures (hors jours fériés).

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute déclaration tardive intervenant au-delà du délai de 30 jours entraîne la déchéance de la garantie dans la mesure où le retard ne permet plus à l'Assisteur de mettre en œuvre ses garanties dans des conditions conformes à ses engagements.

LES GARANTIES PROPOSÉES

Sur demande téléphonique, l'Assisteur met à disposition des bénéficiaires

- En toutes circonstances
 - Les informations sur la santé
 - Les informations sociales et administratives
 - La recherche d'un médecin
 - La recherche et envoi d'une infirmière
 - La recherche d'intervenants médicaux
 - La livraison de médicaments
 - Le transports en ambulance

- En cas d'immobilisation ou d'hospitalisation
 - ❖ Hospitalisation imprévue quelle qu'en soit la durée
 - ✓ Aide aux tâches ménagère
 - ✓ Venue d'un proche au chevet du Bénéficiaire
 - ✓ Prise en charge des enfants et des petits-enfants
 - ✓ Prise en charge des ascendants dépendants
 - ✓ Garde des animaux domestiques familiaux

 - ❖ Chirurgie ambulatoire, hospitalisation programmée quelle qu'en soit la durée
 - ✓ Aide aux tâches ménagères
 - ✓ Prise en charge des enfants et des petits-enfants
 - ✓ Prise en charge des ascendants dépendants

 - ❖ Immobilisation imprévue de plus de 5 jours consécutifs
 - ✓ Aide aux tâches ménagères

- ✓ Portage des repas
- ✓ Intervenant médical ou paramédical
- ✓ Venue d'un proche au chevet du bénéficiaire
- ✓ Prise en charge des enfants et des petits-enfants
- ✓ Prise en charge des ascendants dépendants
- ✓ Garde des animaux domestiques familiaux

- ❖ Immobilisation imprévue de plus de 2 jours consécutifs d'un enfant
 - ✓ Venue d'un proche au chevet de l'enfant
 - ✓ Garde à domicile

- ❖ Traitement médical du cancer : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie, hormonothérapie, quadrithérapie ou de curithérapie
 - ✓ Aide aux tâches ménagères
 - ✓ Prise en charge des enfants

- En cas de décès de l'un des bénéficiaires
 - ✓ Aide aux tâches ménagères
 - ✓ Prise en charge des enfants et des petits-enfants
 - ✓ Prise en charge des ascendants dépendants
 - ✓ Garde des animaux domestiques familiaux

- En cas de dépendance
 - ❖ Dès la souscription du contrat dépendance et à tout moment
 - ✓ Des informations téléphoniques

 - ❖ Dès les premiers signes de perte d'autonomie
 - ✓ Un soutien psychologique
 - ✓ Une aide administrative
 - Bilan de vie
 - Audit de l'habitat
 - Conseil en ressources sociales

 - ❖ Dès que la dépendance a été constatée
 - ✓ Aide au maintien à domicile
 - Un plan d'aide
 - La téléassistance
 - Une aide en cas d'indisponibilité de l'Aidant

 - ✓ Si l'assuré ne peut pas être maintenu à son domicile
 - Aide au déménagement
 - Information sur les solutions disponibles
 - Assistance au déménagement
 - Assistance à l'entrée en maison d'accueil
 - Nettoyage du logement quitté

DESCRIPTION DES GARANTIES

- En toutes circonstances
 - Les informations sur la santé

AUXIA ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire un service de renseignements téléphoniques pour obtenir des informations :

- Sur les maladies liées à l'âge, les addictions, sur les différentes associations de malades,
- Sur les différentes pathologies et leurs conséquences ; les maladies neurodégénératives, les pathologies ostéo-articulaires, les maladies cardiovasculaires, les Affections de Longue Durée,
- Sur la nutrition : comment bien se nourrir, les compléments alimentaires, le BIO, les régimes en fonction de l'âge et des pathologies. AUXIA ASSISTANCE fournit sur demande les coordonnées de nutritionnistes proches du domicile.

Ces informations ne constituent pas une préconisation de régime alimentaire. La communication des coordonnées de nutritionnistes ne signifie pas qu'AUXIA ASSISTANCE recommande ces professionnels. AUXIA ASSISTANCE prend en compte le critère de la proximité avec le domicile du Bénéficiaire. Le Bénéficiaire reste libre de ne consulter aucun nutritionniste, ou de consulter celui de son choix, y compris s'il ne fait pas partie de ceux mentionnés par AUXIA ASSISTANCE.

○ Les informations sociales et administratives

Sur simple appel téléphonique du Bénéficiaire, l'Assisteur écoute, informe sur toute demande de nature sociale ou administrative et oriente, si besoin, le Bénéficiaire vers les organismes qualifiés. Les demandes peuvent concerner les domaines suivants : les formalités administratives, les régimes de protection sociale, les prestations auxquelles le Bénéficiaire peut prétendre, les allocations, l'habitation, la famille, la succession, l'aide aux personnes en situation de handicap.

○ Recherche d'un médecin

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant du Bénéficiaire, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, l'Assisteur peut aider le Bénéficiaire à rechercher un médecin. Le coût de l'éventuelle consultation demeure entièrement à la charge du Bénéficiaire. L'Assisteur n'assure pas le transport du Bénéficiaire vers le cabinet médical (ou vers l'hôpital), ni son retour à son Domicile (ou dans tout autre lieu).

○ Recherche et envoi d'une infirmière

L'Assisteur peut, sur prescription médicale, aider le Bénéficiaire à rechercher une infirmière pouvant se rendre au Domicile du Bénéficiaire. Le coût occasionné par les actes de l'infirmière n'est pas pris en charge par l'Assisteur. Le transport de l'infirmière jusqu'au Domicile du Bénéficiaire reste à la charge du Bénéficiaire.

○ Recherche d'intervenants médicaux

En dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, l'Assisteur peut aider le Bénéficiaire en difficulté dans sa recherche d'intervenants paramédicaux. Le coût de l'intervention de ces intervenants, et le transport de ceux-ci jusqu'au Domicile du Bénéficiaire ne sont pas à la charge de l'Assisteur.

○ Livraison de médicaments

Si le Bénéficiaire est dans l'incapacité temporaire de se déplacer (notamment à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine), l'Assisteur organise et prend en charge, pendant un mois, le transport des médicaments prescrits par le médecin traitant du Bénéficiaire. Le coût des médicaments reste à la charge exclusive du Bénéficiaire.

L'Assisteur n'est pas responsable des prescriptions médicales fournies.

Les médicaments ne sont livrés ni le dimanche, ni les jours fériés, ni de 19h à 8h.
La distance à parcourir (aller et retour) entre le Domicile du Bénéficiaire et la pharmacie ne doit pas dépasser 30 kilomètres.
La cause de l'incapacité temporaire de déplacement doit être médicalement constatée pour permettre la mise en œuvre de la garantie.

- [Transports en ambulance](#)

Hors urgence médicale, l'Assisteur organise, sur prescription médicale, le transport du Bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger, entre son Domicile et un établissement de soins médicalement adapté de son choix.
Si son état de santé le nécessite, l'Assisteur organise son retour au Domicile par l'un de ces moyens.

- [En cas d'immobilisation ou d'hospitalisation](#)

- ❖ [Hospitalisation imprévue quelle qu'en soit la durée](#)

- [Aide aux tâches ménagères](#)

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures. La prestation est prévue pour une durée maximale de 20 heures réparties sur un mois à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation.

- [Venue d'un proche au chevet du bénéficiaire](#)

AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche du Bénéficiaire, à compter du premier jour d'hospitalisation et, si besoin, son hébergement, dans la limite de 2 nuits consécutives, à concurrence de 92 € TTC au total, petit-déjeuner inclus.

- [Prise en charge des enfants et des petits-enfants](#)

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche résidant dans la zone géographique du Bénéficiaire pour s'occuper des Enfants et des petits-enfants à Domicile.

Ou le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au Domicile, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants et des petits-enfants chez un proche résidant dans la même zone géographique.

Ou la garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 30 heures, réparties sur un mois, à compter de la date de l'hospitalisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

✓ Prise en charge des ascendants dépendants

La venue d'un proche

Le déplacement (aller et retour) d'un proche résidant dans la zone géographique du Bénéficiaire susceptible de s'occuper de l'Ascendant au Domicile de l'Assuré.

Un unique déplacement sera pris en charge par hospitalisation imprévue.

Le transfert chez un proche

Le déplacement (aller et retour) de l'Ascendant afin qu'il rejoigne le domicile d'un proche désigné.

Un unique déplacement sera pris en charge par hospitalisation imprévue.

La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

Dans le cas où aucun proche ne peut s'occuper du parent concerné, l'Assisteur organise et missionne un professionnel agréé pour le garder.

Cette garde dure au maximum 30 heures par hospitalisation imprévue. Ces 30 heures sont réparties sur un mois à compter de la date d'hospitalisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

✓ Garde des animaux domestiques familiaux

L'Assisteur organise et prend en charge, par l'intervention d'un « pet sitter » agréé, le soin quotidien de l'animal familial au domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation recouvre les activités de préparation et de mise à disposition de nourriture, changement de litière, brossage, promenade. L'achat du matériel et de la nourriture reste à la charge des Bénéficiaires. Le toilettage et les soins vétérinaires sont exclus.

L'Assisteur évalue la situation avec le Bénéficiaire, pour adapter les modalités d'intervention.

Cette prestation est réalisée dans la limite d'une durée totale maximale de 30 jours.

Le Bénéficiaire, lors de la demande de mise en œuvre de la garantie, indique le nombre de passages quotidiens qu'il souhaite. Le Bénéficiaire pourra demander jusqu'à trois passages par jour. La prestation est réalisée au maximum dans les trente jours qui suivent la date de l'événement qui a suscité la mise en œuvre de la garantie.

Cette garantie ne s'applique que si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- **Il y a mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux,**
- **Une prise en charge portera au maximum sur trois animaux familiaux,**
- **Les animaux domestiques sont les animaux familiaux (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge,**
- **Les chiens de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L211-12 du Code rural sont exclus,**
- **Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires,**
- **Les animaux sont identifiés (puçage, tatouage). A cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.**

❖ [Chirurgie ambulatoire, hospitalisation programmée de plus de deux nuits consécutives](#)

✓ [Aide aux tâches ménagères](#)

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures. La prestation est prévue pour une durée maximale de 10 heures réparties sur un mois à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation.

✓ [Prise en charge des enfants et des petits-enfants](#)

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche pour s'occuper des Enfants et des petits-enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Ou le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants et des petits-enfants chez un proche.

Ou la garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 15 heures, réparties sur un mois, à compter de la date de l'hospitalisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

✓ [Prise en charge des ascendants dépendants](#)

La venue d'un proche

Le déplacement (aller et retour) d'un proche susceptible de s'occuper de l'Ascendant au Domicile de l'Assuré.

Un unique déplacement sera pris en charge par hospitalisation programmée.

Le transfert chez un proche

Le déplacement (aller et retour) de l'Ascendant afin qu'il rejoigne le domicile d'un proche désigné.

Un unique déplacement sera pris en charge par hospitalisation programmée.

La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

Dans le cas où aucun proche ne peut s'occuper du parent concerné, l'Assisteur organise et missionne un professionnel agréé pour le garder.

Cette garde dure au maximum 30 heures par hospitalisation programmée. Ces 30 heures sont réparties sur un mois à compter de la date d'hospitalisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

❖ Immobilisation imprévue de plus de cinq jours consécutifs

✓ Aide aux tâches ménagères

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 20 heures maximum, réparties sur un mois à partir du 1^{er} jour de l'immobilisation.

✓ Portage des repas

Durant l'immobilisation, AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge le portage de 7 repas au maximum, en une seule livraison. Les repas sont apportés au Domicile du Bénéficiaire. Le coût des repas est payé par le Bénéficiaire lors de la livraison.

✓ Intervenant médical ou paramédical

AUXIA ASSISTANCE aide le Bénéficiaire à trouver :
un médecin généraliste, ou, **sur prescription médicale :**

- un infirmier,
- un kinésithérapeute,
- un laboratoire d'analyses,
- un centre de radiologie.

AUXIA ASSISTANCE propose jusqu'à 5 coordonnées de professionnels.

La communication des coordonnées ne signifie pas qu'AUXIA ASSISTANCE recommande ces professionnels. AUXIA ASSISTANCE prend en compte le critère de la proximité avec le domicile du Bénéficiaire. Le Bénéficiaire reste libre de ne consulter aucun de ces professionnels, ou de consulter celui de son choix, y compris s'il ne fait pas partie de ceux mentionnés par AUXIA ASSISTANCE.

Les frais de déplacement et de soins restent à la charge du bénéficiaire.

✓ Venue d'un proche au chevet du bénéficiaire

L'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche du Bénéficiaire à compter du premier jour de l'immobilisation et, si besoin, son hébergement, dans la limite de 2 nuits consécutives, à concurrence de 92 € TTC au total, petit-déjeuner inclus.

✓ Prise en charge des enfants et des petits-enfants

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un, pour s'occuper des Enfants et des petits-enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Ou le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants et des petits-enfants chez un proche.

Ou la garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 30 heures pendant la durée d'un mois, à compter de la date de l'immobilisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

Et la conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois à partir du jour de l'événement qui est intervenu. La prestation est réalisée par l'un des prestataires de l'Assisteur.

✓ [Prise en charge des ascendants dépendants](#)

La venue d'un proche

Le déplacement (aller et retour) d'un proche susceptible de s'occuper de l'Ascendant au Domicile de l'Assuré.

Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur (immobilisation).

Le transfert chez un proche

Le déplacement (aller et retour) de l'Ascendant afin qu'il rejoigne le domicile d'un proche désigné.

Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur.

La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

Dans le cas où aucun proche ne peut s'occuper du parent concerné, l'Assisteur organise et missionne un professionnel agréé pour le garder.

Cette garde dure au maximum 30 heures par fait générateur. Ces 30 heures sont réparties sur un mois à compter du 1^{er} jour d'immobilisation.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

✓ [Garde des animaux domestiques familiaux](#)

L'Assisteur organise et prend en charge, par l'intervention d'un « pet sitter » agréé, le soin quotidien de l'animal familial au domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation recouvre les activités de préparation et de mise à disposition de nourriture, changement de litière, brossage, promenade. L'achat du matériel et de la nourriture reste à la charge des Bénéficiaires. Le toilettage et les soins vétérinaires sont exclus.

L'Assisteur évalue la situation avec le Bénéficiaire, pour adapter les modalités d'intervention.

Cette prestation est réalisée dans la limite d'une durée totale maximale de 30 jours.

Le Bénéficiaire, lors de la demande de mise en œuvre de la garantie, indique le nombre de passages quotidiens qu'il souhaite. Le Bénéficiaire pourra demander jusqu'à trois passages par jour. La prestation est réalisée au maximum dans les trente jours qui suivent la date de l'événement qui a suscité la mise en œuvre de la garantie.

Cette garantie ne s'applique que si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- **Il y a mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux,**
- **Une prise en charge portera au maximum sur trois animaux familiaux,**
- **Les animaux domestiques sont les animaux familiaux (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge,**

- Les chiens de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L211-12 du Code rural sont exclus,
- Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires,
- Les animaux sont identifiés (puçage, tatouage). A cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.

❖ Immobilisation imprévue de plus de deux jours consécutifs d'un enfant

✓ Venue d'un proche au chevet de l'enfant

L'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche du Bénéficiaire à compter du premier jour de l'immobilisation.

✓ Garde à domicile

La garde au domicile est prévue pour une durée de 30 heures maximum, réparties sur un mois à compter de l'immobilisation de l'enfant.

❖ Traitement médical du cancer : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie, hormonothérapie, quadrithérapie ou de curithérapie

✓ Aide aux tâches ménagères

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'une durée maximale de 30 heures. Ces 30 heures sont réparties sur la période d'un mois pendant la durée du protocole médical.

✓ Prise en charge des enfants

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche, pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Ou le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants chez un proche.

Ou la garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 30 heures réparties pendant la durée du protocole médical.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

Et la conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois pendant le protocole médical. La prestation est réalisée par l'un des prestataires de l'Assisteur.

➤ [En cas de décès de l'un des bénéficiaires](#)

✓ [Aide aux tâches ménagères](#)

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire qui en fait la demande.

Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 20 heures réparties sur un mois à compter du décès.

✓ [Prise en charge des enfants et des petits-enfants](#)

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche, pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Ou le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants chez un proche.

Ou la garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 30 heures, réparties sur un mois à compter de la date du décès.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

Et la conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur organise et prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois à partir du décès. La prestation est réalisée par l'un des prestataires de l'Assisteur.

✓ [Prise en charge des ascendants dépendants](#)

La venue d'un proche

Le déplacement (aller et retour) d'un proche susceptible de s'occuper de l'Ascendant au Domicile de l'Assuré.

Un unique déplacement sera pris en charge par décès.

Le transfert chez un proche

Le déplacement (aller et retour) de l'Ascendant afin qu'il rejoigne le domicile d'un proche désigné.

Un unique déplacement sera pris en charge par décès.

La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

Dans le cas où aucun proche ne peut s'occuper du parent concerné, l'Assisteur organise et missionne un professionnel agréé pour le garder.

Cette garde dure au maximum 30 heures, réparties sur un mois à compter du décès.

Il n'est possible de mettre en œuvre que l'une des trois garanties précédentes.

✓ Garde des animaux domestiques familiers

L'Assisteur organise et prend en charge, par l'intervention d'un « pet sitter » agréé, le soin quotidien de l'animal familier au domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation recouvre les activités de préparation et de mise à disposition de nourriture, changement de litière, brossage, promenade. L'achat du matériel et de la nourriture reste à la charge des Bénéficiaires. Le toilettage et les soins vétérinaires sont exclus.

L'Assisteur évalue la situation avec le Bénéficiaire, pour adapter les modalités d'intervention.

Cette prestation est réalisée dans la limite d'une durée totale maximale de 30 jours.

Le Bénéficiaire, lors de la demande de mise en œuvre de la garantie, indique le nombre de passages quotidiens qu'il souhaite. Le Bénéficiaire pourra demander jusqu'à trois passages par jour. La prestation est réalisée au maximum dans les trente jours qui suivent la date de l'événement qui a suscité la mise en œuvre de la garantie.

Cette garantie ne s'applique que si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- **Il y a mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux,**
- **Une prise en charge portera au maximum sur trois animaux familiers,**
- **Les animaux domestiques sont les animaux familiers (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge,**
- **Les chiens de 1^{ère} et 2^{ème} catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L211-12 du Code rural sont exclus,**
- **Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires,**
- **Les animaux sont identifiés (puçage, tatouage). A cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.**

➤ En cas de dépendance

❖ Dès la souscription du contrat dépendance et à tout moment

✓ Des informations téléphoniques

L'assuré peut recevoir des renseignements dans les domaines :

- De la vie pratique (santé, bien se nourrir, protection sociale),
- De la situation de dépendance (faire face à l'état de perte d'autonomie, orientation vers les organismes compétents, les droits, les établissements,...),
- Des programmes de prévention (bilan téléphonique afin d'identifier les attentes en matière de bien-être et de prévention ainsi que les facteurs de risque spécifiques à sa situation personnelle).

❖ Dès les premiers signes de perte d'autonomie

✓ Un soutien psychologique

Le service d'écoute téléphonique est réalisé par des psychologues cliniciens, dans la limite de 5 entretiens maximum par an.

Cet accompagnement ponctuel ne peut être confondu avec un travail de psychothérapie qui pourrait s'engager à l'issue d'une orientation vers un professionnel en libéral ou une structure publique.

Si le l'Assuré ne souhaite pas contacter le service d'écoute téléphonique de l'assisteur, mais qu'il consulte un psychologue, il pourra demander le remboursement d'au

maximum 5 de ses séances par an. Il devra présenter un justificatif de la réalisation de ces séances (facture du psychologue).

✓ Une aide administrative

▪ Bilan de vie

Dans le mois qui suit la déclaration de la dépendance, AUXIA ASSISTANCE prend en charge la réalisation d'un bilan téléphonique, par une conseillère sociale, afin d'évaluer la situation de l'Assuré et de lui proposer des solutions en adéquation avec ses besoins. Il s'agira de :

- vérifier la possibilité du maintien de l'Assuré à domicile,
- d'évaluer si le logement est adapté à l'Assuré.

AUXIA ASSISTANCE n'est pas responsable des informations transmises par la conseillère sociale durant le bilan téléphonique, ni des conséquences qui pourraient en résulter.

Les frais d'adaptation du logement qui pourraient résulter du bilan de vie sont à la charge de l'Assuré.

Le bilan de vie peut être réalisé une seule fois pendant la durée du contrat.

▪ Audit de l'habitat

Si le bilan de vie fait ressortir que des aménagements sont nécessaires pour le maintien à domicile de l'Assuré, Auxia Assistance organise et finance au domicile de l'Assuré l'intervention d'un ergothérapeute pour préciser les moyens nécessaires au maintien à domicile (par exemple : aménagement douche à niveau, lit médicalisé, rampe d'accès,...) et faire établir par chaque corps de métier concerné un devis des travaux à effectuer.

AUXIA ASSISTANCE ne prend pas en charge les coûts des travaux qui pourraient être décidés, et n'est pas responsable du suivi et de la qualité des travaux réalisés.

▪ Conseil en ressources sociales

Selon les besoins détectés à l'occasion du bilan de vie, et notamment en cas de ressources insuffisantes, Auxia Assistance indique à l'Assuré et à sa famille les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière pour faciliter l'organisation du maintien à domicile de l'Assuré ou son admission dans une maison d'accueil.

Auxia Assistance informe l'Assuré de ses droits, des prestations ou financements auxquels il est susceptible de prétendre (APA,...), recherche les interlocuteurs adéquats, les met en contact avec la famille de l'Assuré et aide à la constitution des dossiers nécessaires.

Cette prestation est réalisée une seule fois durant la vie du contrat.

❖ Dès que la dépendance a été constatée

✓ Aide au maintien à domicile

▪ Un plan d'aide

Le plan d'aide est élaboré avec l'Assuré et/ou sa famille, pour faciliter la vie de l'Assuré à domicile. Ce plan d'aide s'appuie sur les résultats du bilan de vie proposé par Auxia Assistance et qui a déjà été établi, ou qui est réalisé à cette occasion. Le plan d'aide recense tous les besoins identifiés et les services qui permettent d'y répondre (auxiliaire

de vie, garde malade, aide aux tâches ménagères, livraison de courses...), leurs coûts et les sources possibles de financement.

Il revient à l'Assuré et/ou à sa famille de décider si les démarches auprès des services identifiés ou des sources de financement seront entreprises.

AUXIA ASSISTANCE ne réalise pas de démarches et ne prend en charge aucun des coûts des services qui pourraient être sollicités.

- **La téléassistance**

Auxia Assistance organise et prend en charge un service de téléassistance (sous réserve des disponibilités locales). La téléassistance est un service de plateforme téléphonique associée à un appareil de télécommunication spécial qui permet à l'Assuré de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son Domicile, 24h/24, en actionnant une télécommande qu'il porte.

À réception d'un message d'alerte, un opérateur du service d'écoute entre en liaison vocale avec l'Assuré et dialogue avec lui pour analyser la situation, le rassurer et, pour contacter ses Proches, son médecin, les pompiers, la police... selon une liste prédéfinie par l'Assuré. La mise en place de la téléassistance est réalisée par une société partenaire d'Auxia Assistance avec laquelle l'Assuré devra conclure un contrat de service. Auxia Assistance prend en charge les frais d'installation et de maintenance du transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès (abonnement compris dans la limite de 12 mois) au service.

- **Une aide en cas d'indisponibilité de l'Aidant**

Si l'Aidant est hospitalisé au moins une nuit ou immobilisé pendant au moins cinq jours consécutifs :

- Le garde malade à domicile auprès de l'assuré dépendant : Auxia Assistance missionne un prestataire pour accompagner l'Assuré dépendant dans les actes de la vie courante (se laver, s'habiller, se nourrir). Chaque prestation dure au minimum deux heures.

Cette prestation peut être mise en œuvre pour une durée maximale de 15 heures. Une demande peut être faite à chaque fois que l'Aidant est hospitalisé au moins une nuit ou immobilisé au moins 5 jours consécutifs.

Et

- L'accompagnement dans les déplacements de l'assuré dépendant : Auxia Assistance organise et prend en charge, dans un rayon de 20 km du Domicile de l'Assuré le transport de l'Assuré. AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge ce transport dans des véhicules adaptés pour la prise en charge de personnes en fauteuil roulant dans la limite des disponibilités locales. Dans ce cas, cette prestation ne peut être effectuée qu'à destination et à partir de lieux adaptés à la circulation des personnes handicapées. En aucun cas l'Assuré ne sera porté. La demande de mise en œuvre de l'aide au déplacement ne peut pas dépasser 5 allers/retours par an.

Et

- La livraison des repas à domicile : AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge : le portage de 7 repas au maximum, en une seule livraison, au domicile du Bénéficiaire ainsi que le prix des repas. Le coût total de l'ensemble des repas ne devra pas dépasser 93 euros.

- ✓ Si l'assuré ne peut pas être maintenu à son domicile
 - Aide au déménagement

✓ Information sur les solutions dispibiles

Sur simple appel téléphonique de l'Assuré ou de sa famille, Auxia Assistance les renseigne sur les questions suivantes :

- Les structures d'accueil : les EPHAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, les EPHAA (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Autonomes), les résidences pour personnes âgées,
- Les adresses des différents établissements situés dans la région choisie, en prenant en compte le critère de la proximité de l'établissement par rapport au domicile de l'Assuré.
- Les caractéristiques de ces établissements, en fonction du degré de la perte d'autonomie de l'Assuré,
- Les démarches à effectuer.

L'Assuré reste libre d'aller dans l'établissement de son choix, qui peut être l'un de ceux indiqués par Auxia Assistance ou tout autre établissement.

✓ Assistance au déménagement

- Aide aux démarches administratives,
L'Assuré est aidé dans la réalisation des démarches administratives liées à son déménagement.
- Aide à l'organisation du déménagement en proposant les coordonnées de jusqu'à 3 déménageurs situés à proximité du domicile de l'Assuré.
- Nettoyage du logement quitté :
AUXIA Assistance organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté dans les 30 jours suivant le déménagement.
Sont notamment exclus de l'activité de nettoyage du logement quitté :
 - les enlèvements de matériels, le portage des encombrants,
 - les activités liées au déménagement (emballage, portage, nettoyage des objets avant emballage, manipulation de cartons de déménagement)le lessivage des pièces et travaux de rafraîchissement du logement,toute manipulation concernant les fluides ainsi que des matériels et équipements destinés à l'alimentation en gaz, au chauffage et aux installations électriques.

✓ Assistance à l'entrée en maison d'accueil

Auxia Assistance organise et prend en charge :

- Le transfert de l'Assuré dépendant, de son domicile jusqu'à la maison d'accueil, sous réserve que ce lieu soit situé à 50 km maximum de son domicile,

AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge ce transport dans des véhicules adaptés pour la prise en charge de personnes en fauteuil roulant dans la limite des disponibilités locales. Dans ce cas, cette prestation ne peut être effectuée qu'à destination et à partir de lieux adaptés à la circulation des personnes handicapées. En aucun cas l'Assuré ne sera porté.

- La présence d'un proche de l'Assuré auprès de ce dernier lors de son installation. A cette fin, AUXIA ASSISTANCE prend en charge le coût du billet du proche pour le transport (aller et retour).

✓ Nettoyage du logement quitté

Intervention d'une aide-ménagère pour une durée maximale de 10 heures, afin de nettoyer le logement quitté. Chaque intervention dure au minimum deux heures.

Sont notamment exclus de l'activité de nettoyage du logement quitté :

- les enlèvements de matériels, le portage des encombrants,
- les activités liées au déménagement (emballage, portage, nettoyage des objets avant emballage, manipulation de cartons de déménagement)
- le lessivage des pièces et travaux de rafraîchissement du logement,
- toute manipulation concernant les fluides ainsi que des matériels et équipements destinés à l'alimentation en gaz, au chauffage et aux installations électriques.

Les garanties décrites dans la présente convention ne peuvent être mises en œuvre que sous réserve des disponibilités locales.

Pour les garanties concernant la recherche de professionnels :

Dans tous les cas, l'Assisteur prend en compte le critère de la proximité du professionnel par rapport au Domicile, pour proposer des coordonnées.

L'Assisteur n'est pas responsable de la qualité du travail réalisé par les professionnels dont les coordonnées ont été communiquées.

Le Bénéficiaire reste libre de contacter le professionnel de son choix, qui peut être l'un de ceux indiqués par l'Assisteur ou tout autre professionnel.

Pour les prestations concernant les Enfants et les Petits-Enfants :

La personne missionnée au domicile de l'Enfant (ou du petit-enfant) bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu responsable des événements pouvant survenir pendant les prises en charge des Enfants confiés.

Certaines garanties de cette notice prévoient la communication d'informations au Bénéficiaire. Nous attirons votre attention sur les garanties visant à fournir des informations :

- **Toutes les questions du Bénéficiaire devront concerner le droit français en vigueur, à l'exclusion de tout autre droit.**

Pour certaines questions, la réponse ne pourra pas être immédiate. Selon le cas, l'Assisteur devra se documenter ou effectuer des recherches. Dans ce cas, le Bénéficiaire sera rappelé pour que les informations nécessaires lui soient communiquées.

Les informations fournies dans le cadre de ces garanties sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. La responsabilité de l'Assisteur ne pourra en aucun cas être engagée quant à l'interprétation des informations transmises, ou aux conséquences éventuelles de cette interprétation (notamment, l'utilisation que le Bénéficiaire décidera d'en faire.)

En particulier :

- **Les informations à caractère médical ne pourront pas être considérées comme des consultations médicales.**
- **Aucune information communiquée ne pourra être assimilée à une consultation juridique.**

L'Assisteur ne communiquera aucune confirmation écrite des informations données.

LE CADRE JURIDIQUE

AUXIA ASSISTANCE intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

Seules les garanties organisées par ou en accord avec AUXIA ASSISTANCE sont prises en charge.

AUXIA ASSISTANCE n'intervient pas dans les cas où le demandeur aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

Durée des garanties

Les garanties de la présente convention sont acquises pour les Bénéficiaires jusqu'à la date à laquelle le contrat de santé souscrit et ouvrant droit à la présente assistance prend fin pour quelque raison que ce soit.

Transmission des pièces justificatives

Compte tenu de la nature des services d'assistance proposés, AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de demander des pièces médicales justificatives de l'état de santé du Bénéficiaire avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2003 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé et afin de permettre à AUXIA ASSISTANCE de préserver la confidentialité des informations transmises, le bénéficiaire est invité à transmettre les pièces médicales sous pli cacheté destiné au Médecin conseil désigné par AUXIA ASSISTANCE dont l'adresse lui sera communiquée par téléphone.

Les services d'AUXIA ASSISTANCE sont organisés pour garantir la confidentialité des données de santé et ne communiquent aux services administratifs d'AUXIA ASSISTANCE aucuns détails sur la pathologie du bénéficiaire.

CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

○ Absence de responsabilité d'AUXIA ASSISTANCE

• **Dompage professionnel ou commercial**

AUXIA ASSISTANCE ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi à la suite d'un événement ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

- **Circonstances exceptionnelles**

AUXIA ASSISTANCE ne peut non plus être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des garanties d'assistance de la présente convention en cas de grève, émeute, mouvements populaires, représailles, restriction à la libre circulation, sabotage, et tout autre cas fortuit ou de force majeure.

- **Limitations de garantie**

- **Déclaration mensongère et non remboursement d'une avance de frais**

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, les faits seront portés à la connaissance d'AUXIA ASSISTANCE.

AUXIA ASSISTANCE réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ces comportements.

- **Subrogation**

AUXIA ASSISTANCE est subrogé dans les droits et actions de toute personne bénéficiaire de tout ou partie des garanties d'assistance figurant au présent contrat, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par AUXIA ASSISTANCE en exécution du présent contrat.

- **Déchéance des garanties**

Le non-respect par le Bénéficiaire de ses obligations contractuelles entraîne la déchéance de ses droits au titre de l'événement survenu, si AUXIA ASSISTANCE prouve que le Bénéficiaire a tardé à déclarer le sinistre et que ce retard :

- n'est pas dû à un cas fortuit ou à la force majeure,
- et cause un préjudice à AUXIA ASSISTANCE.

Lorsque le comportement du Bénéficiaire est susceptible de constituer un délit ou un crime (exemple discrimination, harcèlement ou atteintes aux personnes mandatées par l'assistant pour délivrer le service), AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de suspendre l'exécution des prestations jusqu'à ce qu'une autorité administrative prononce une décision définitive sur la qualification des faits. AUXIA ASSISTANCE réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement

❖ Cas d'exclusion

Dans les cas listés ci-après, les garanties ne sont pas applicables :

- Les frais engagés sans l'accord préalable d'AUXIA ASSISTANCE,
- Toute prestation non expressément prévue par les clauses du présent contrat,
- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les sinistres survenus avant la date de prise d'effet du présent contrat ou après le terme de ce contrat,
- Les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile,
- Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool (selon le seuil fixé par le Code de la route français à l'article R234-1),
- Les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du Bénéficiaire,
- La participation du Bénéficiaire à un crime, à un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- La tentative de suicide du Bénéficiaire,
- Les événements survenus lors de la pratique de sports dangereux (sports de combat, sports aériens, sports mécaniques) ou de la participation en tant que concurrent à des compétitions, paris ou défis,
- Les conséquences des interventions à caractère esthétique sur la personne du Bénéficiaire.

❖ Fausse déclaration intentionnelle de sinistre

Si le Bénéficiaire fait sciemment une fausse déclaration portant sur la nature ou les conséquences d'un sinistre, il peut être déchu de tout droit à la garantie pour le sinistre (article L113-8 du Code des assurances). Le cas échéant, les frais engagés à tort par AUXIA ASSISTANCE devront être remboursés.

❖ Prescription

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où 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. »

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L.114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par 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. »

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 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 (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'article L.114-3 du Code des assurances prévoit que, « 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 ».

❖ Loi Informatique et libertés

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les Bénéficiaires sont informés par AUXIA ASSISTANCE, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

AUXIA ASSISTANCE a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel des Bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de AUXIA ASSISTANCE ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis des Bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par les Bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification des Bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des Bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique des Bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel des Bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de AUXIA ASSISTANCE dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé des Bénéficiaires sont destinées au Service médical désigné par AUXIA ASSISTANCE et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ce que les données à caractère personnel des Bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé des Bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel des Bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, AUXIA ASSISTANCE s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec les Bénéficiaire varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de AUXIA ASSISTANCE et des prescriptions légales applicables.

AUXIA ASSISTANCE et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données des Bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Les Bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Les Bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, les Bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Les Bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

❖ Règlement des litiges

Le service Réclamation

En cas de désaccord sur l'application de la convention, nous vous invitons à adresser une réclamation écrite à :

AUXIA ASSISTANCE

Service réclamation

TSA 10001

78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

Ou par mail à l'adresse suivante : service-reclamations@auxia.com

Notre service réclamation prend en charge votre demande et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

Le dispositif de médiation

Lorsque aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée avec l'Assisteur, vous pouvez vous adresser au médiateur de l'Assurance, à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris cedex 09 ou par voie électronique : www.mediation-assurance.org, dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de la réclamation écrite à l'Assisteur et sans préjudice du droit d'agir en justice.