

# SOMMAIRE

PREAMBULE.....	3
LEXIQUE .....	4
<b>CHAPITRE 1 : LA VIE DE L'ADHESION</b>	
L'ADHÉSION AU CONTRAT .....	8
A. La durée .....	8
B. La déclaration du risque.....	8
C. Le paiement des cotisations .....	8
D. La variation des cotisations.....	9
E. La révision du tarif.....	9
F. L'évolution des prestations .....	9
LA RÉSILIATION DE L'ADHÉSION .....	10
DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	11
A. L'adhésion au contrat en cas de démarchage à domicile.....	11
B. Le droit de communication et de rectification.....	11
C. L'examen des réclamations .....	11
D. La subrogation .....	12
E. Le contrôle des assurances.....	12
F. L'immatriculation des intermédiaires en Assurances .....	12
G. La prescription.....	12
<b>CHAPITRE 2 : LES GARANTIES FRAIS DE SOINS</b>	
L'OBJET DE LA GARANTIE .....	14
A. Les prestations.....	14
B. L'entrée en vigueur de la garantie Complémentaire Frais de Soins .....	15
C. Ce qui n'est pas garanti.....	15
D. Les limitations de garanties.....	15
E. Les pays dans lesquels la garantie s'applique .....	16
F. Le service de tiers-payant .....	16
G. Le service de télétransmission des données avec les Caisses de Régime Obligatoire .....	17
H. La consultation en ligne de vos remboursements.....	17
I. L'obtention des prestations .....	17
J. Le tableau des garanties frais de soins.....	19
<b>CHAPITRE 3 : LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES</b>	
GARANTIE HOMME CLÉ .....	21
A. L'objet de la garantie Homme Clé Accident .....	21
B. Les personnes pouvant être bénéficiaires en qualité d'Homme Clé .....	21
C. La définition de l'accident garanti .....	21
D. L'obtention des prestations.....	22
E. Ce qui n'est pas couvert par la garantie Homme Clé Accident.....	22
F. Les pays dans lesquels la garantie Homme Clé Accident s'applique .....	23
G. La cessation de la garantie et du versement des indemnités .....	23
H. La subrogation spécifique à cette garantie .....	23
GARANTIE AGRI PROTECTION.....	24
A. La garantie Renfort Accident Agricole.....	24
B. La garantie Aide Bénévole .....	25
C. La garantie Main d'œuvre de remplacement .....	28
<b>CHAPITRE 4 : AVIVA ASSISTANCE</b>	
MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE .....	31
DÉFINITIONS .....	31
PRESTATIONS D'ASSISTANCE .....	32
A. Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation prévue .....	32
B. Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation imprévue, immobilisation imprévue ou décès .....	32
C. Assistance médicale au quotidien .....	33
D. Enfant immobilisé suite à une maladie ou une blessure .....	33
E. Informations.....	34
F. Mobilité professionnelle .....	35
G. Relais téléphonique .....	35
H. Dispositions générales concernant l'Assistance .....	35



## **PREAMBULE**

La présente Notice d'information valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du contrat collectif à adhésion facultative « Complémentaire Frais de Soins » dénommé commercialement « Aviva Santé Pro ».

« Aviva Santé Pro » **est un contrat collectif à adhésion facultative régi par le code des assurances** :

- il est souscrit par l'ARAVIC, association régie par la loi de 1901, 80 Avenue de l'Europe, 92 270 Bois-Colombes, ci-après dénommée « **L'association** »,
- auprès de Aviva Assurances, entreprise régie par le Code des Assurances, société anonyme d'assurances Incendie, Accidents et Risques Divers, au capital social de 168 132 098,28 euros dont le siège social est sis 13 rue du Moulin Bailly – 92271 Bois-Colombes Cedex, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 306 522 665, Assureur du risque « Complémentaire Frais de Soins » contrat N° 76467952. Aviva Assurances est également le gestionnaire de ce contrat. Aviva Assurances est dénommé « **Nous** » dans la présente notice d'information.

**L'Adhérent** est la personne physique qui adhère à l'Association ARAVIC et au présent contrat en s'acquittant des frais d'adhésion de 3 euros inclus dans la cotisation. Il est également désigné par le terme « **Vous** » dans la présente Notice d'information. Le terme "**Bénéficiaire**" désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties « Complémentaire Frais de Soins » et qui sont alors inscrites aux conditions particulières.

L'adhésion est constituée par les **conditions particulières** et la présente **Notice d'information valant Conditions Générales**.

### **Notice d'information valant Conditions Générales**

Les conditions générales définissent la nature et l'étendue des garanties et des services. Elles rappellent les dispositions du Code des Assurances qui régissent le fonctionnement de l'adhésion, et en particulier nos obligations respectives. Elles précisent les modalités d'obtention des prestations et l'utilisation des services dont vous pouvez bénéficier.

### **Conditions Particulières**

Revêtues de votre signature et de la nôtre, ces Conditions sont dites Particulières car elles personnalisent votre adhésion. Elles comportent notamment l'indication des noms des personnes bénéficiaires de l'adhésion, du niveau de garanties et des services associés.

Ce document vaut certificat d'adhésion et est établi sur la base des renseignements que vous avez fournis au moment de l'adhésion.

La loi applicable aux relations précontractuelles et contractuelles est la loi française.

La langue française sera toujours utilisée pendant la durée de l'adhésion.

### **Dispositions fiscales prévues à l'article 154 bis du Code Général des Impôts (dites régime fiscal « Loi Madelin »)**

L'adhérent peut bénéficier des dispositions fiscales prévues à l'article 154 bis du Code Général des Impôts lui permettant de déduire les cotisations d'assurance de son revenu professionnel dans les conditions et limites prévues réglementairement, à condition :

- D'être soumis à l'impôt sur le revenu au titre des bénéfices industriels et commerciaux ou des bénéfices non commerciaux,
- D'être à jour de ses cotisations aux Régimes Obligatoires Maladie et Retraite dont il relève au titre de sa profession non salariée et être en mesure de l'attester auprès d'Aviva Assurances.

D'autre part, il déclare obligatoirement être au moins dans l'une des situations suivantes :

- exercer une activité professionnelle relevant fiscalement et socialement du régime non salarié non agricole,
- exercer une profession médicale ou paramédicale à titre libéral,
- exercer une profession d'artiste-auteur d'œuvres plastiques ou graphiques et cotiser à l'IRCEC au titre du régime d'assurance vieillesse obligatoire,
- exercer une profession d'artisan pêcheur et cotiser à l'ENIM au titre du régime d'assurance vieillesse obligatoire.

\* \* \*

Afin que vos garanties vous protègent au mieux, elles doivent à tout moment être adaptées à votre situation. N'oubliez pas d'informer votre Conseiller lorsque par exemple vous changez d'adresse, lorsque votre famille s'agrandit... bref, lorsqu'une modification est apportée à l'un des éléments déclarés aux Conditions Particulières.

## LEXIQUE

### **Année d'assurance**

La période de 12 mois consécutifs décomptés à partir de la date d'effet de l'adhésion ou de sa date anniversaire.

### **Accès direct autorisé**

Certains médecins peuvent être consultés directement sans conséquence financière sur les remboursements du Régime Obligatoire. Il s'agit des gynécologues, ophtalmologues, dentistes et pédiatres.

### **Accident**

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de votre part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

### **Adhérent**

La personne signant les conditions particulières, acquittant les cotisations et pouvant ainsi accéder aux garanties et services de la dite adhésion. L'adhérent est également membre de l'association ARAVIC.

### **Avenant**

Modification de l'adhésion et document matérialisant cette modification d'origine signée par les deux parties.

### **Base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale**

Tarif servant de base au remboursement par le Régime Obligatoire des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé.

### **Bénéficiaire**

La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) aux conditions particulières.

### **Cas de force majeure**

Événement extérieur, imprévisible et irrésistible, c'est-à-dire un événement extérieur qu'on ne peut ni prévoir, ni empêcher et dont on n'est pas responsable.

### **Catégorie de médecins**

Les praticiens conventionnés ont adhéré aux conventions nationales conclues entre leur profession et les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Ils peuvent être :

- Médecin conventionné en secteur 1 : il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire.
- Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassements permanents (DP) : en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer un dépassement de tarif dans certaines conditions. Hors parcours de soins, ces dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.
- Médecin conventionné en secteur 2 : il est autorisé à pratiquer des honoraires libres qu'il doit fixer avec « tact et mesure ». Les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

Les praticiens non conventionnés ont choisi de se dégager personnellement de la convention passée entre les régimes obligatoires d'assurance maladie et leur profession. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

### **Conjoint**

Est considéré comme conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité ou son (sa) concubin(e) notoire.

### **Contrat responsable**

Contrat complémentaire frais de soins répondant aux dispositions des articles L871-1, R871 et R871-2 du code de la Sécurité sociale modifié, c'est à dire :

- Remboursant au minimum aux taux indiqués par le décret, les consultations du médecin traitant et des médecins correspondants, les médicaments remboursés à 65 % par le Régime Obligatoire, les frais d'analyses et de laboratoire prescrits par le médecin traitant ou les médecins correspondants,
- Prenant en charge le ticket modérateur de prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et dont la liste a été fixée par arrêté ministériel du 8 juin 2006,
- Ne pouvant jamais rembourser la participation forfaitaire et les franchises médicales,
- Ne pouvant prendre en charge, lorsque le patient est en dehors du parcours de soins :
- Le ticket modérateur majoré,
- La franchise sur les dépassements d'honoraires des médecins pour des actes cliniques ou techniques. Cette franchise correspond au montant du dépassement autorisé facturable sur l'acte fourni par un spécialiste de secteur 1.

### **Date de prescription**

Date au-delà de laquelle toutes les actions sont éteintes, c'est-à-dire qu'aucune réclamation n'est plus recevable.

### **Déchéance**

Perte de tout droit à indemnisation, à la suite de l'inexécution de vos obligations après survenance de l'événement, lorsque vous ne justifiez pas avoir été mis dans l'impossibilité d'agir en raison d'un cas de force majeure.

### **Délai de carence**

Période pendant laquelle la garantie ne s'applique pas.

Le délai de carence démarre, pour chaque bénéficiaire, au jour de son adhésion.

### **Echéance**

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation.

### **Echéance principale**

Echéance à laquelle intervient la variation du montant des cotisations. C'est la date anniversaire de la date d'effet. Elle est mentionnée sur les conditions particulières.

### **Enfant**

Il s'agit du ou des enfants fiscalement à la charge de l'Adhérent ou celle du Conjoint. A compter de leur 18ème anniversaire, les enfants peuvent continuer à être bénéficiaires dans le cadre de l'adhésion des parents moyennant le règlement d'une cotisation adulte.

### **Franchises médicales**

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 a instauré des franchises laissées à la charge de l'assuré social par le Régime Obligatoire pour chacune des prestations suivantes :

- Les médicaments achetés en pharmacie de ville ou en pharmacie hospitalière, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation (franchise de 0,50 €/boîte au 01/01/2013),
- Les actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation (franchise 0,50 €/acte au 01/01/2013),
- Les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence (franchise de 2 € / transport au 01/01/2013).

Les franchises sont dues par les assurés sociaux âgés de 18 ans et plus, dans le cadre d'un plafond annuel unique de 50 € au 01/01/2013, absorbant la totalité des trois franchises médicales.

Les franchises ne s'appliquent pas dans le cadre de l'assurance maternité.

Ces franchises interviennent en plus de la participation forfaitaire.

### **Hors parcours de soins**

Vous êtes hors parcours de soins coordonnés si, âgé de seize ans et plus, vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez directement un médecin sans avoir vu au préalable votre médecin traitant. Vous êtes moins bien remboursé sauf en cas d'urgence, éloignement, absence de votre médecin, accès direct autorisé.

### **Hospitalisation**

Tout séjour dans un établissement de soins public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

**L'hospitalisation à domicile est assimilée aux soins médicaux courants.**

### **Hospitalisation de Long Séjour**

Hospitalisation dans un centre, établissement ou service dont la mission principale est d'héberger des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

### **Maladie**

Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente. Les hernies, ruptures ou déchirures musculaires ou tendineuses, lumbagos, « tours de reins », synovites, rhumatismes, gelures, insolation et autres effets de la température sont notamment considérées comme maladie.

### **Médecin traitant**

C'est le médecin que vous avez déclaré à votre caisse d'assurance maladie et qui assure la coordination de vos soins. Il peut vous orienter vers d'autres professionnels de santé.

### **Parcours de soins**

Le patient, s'il est âgé de plus de seize ans, doit consulter son médecin traitant en première intention pour tout acte médical, exception faite pour l'ophtalmologie, la pédiatrie, la gynécologie, le dentaire et hors cas exceptionnel (éloignement, urgence, absence de votre médecin...).

Le médecin traitant pourra, si besoin, orienter son patient vers un spécialiste ou un généraliste, appelé médecin correspondant.

### **Participation forfaitaire**

Participation déduite automatiquement de vos remboursements par le Régime Obligatoire, si vous avez plus de dix-huit ans. D'un montant de 1 euro au 1er janvier 2013, elle concerne les consultations de généralistes, de spécialistes, les actes de biologie et de radiologie.

### **Régime obligatoire (RO)**

Régime légal de Prévoyance Sociale auquel vous êtes obligatoirement affilié et qui est précisé aux conditions particulières :

- Vous êtes salarié : le Régime Général de la Sécurité sociale ou le Régime des Assurances Sociales Agricoles,
- Vous êtes travailleur non salarié : le Régime de l'Assurance Maladie des Travailleurs Non Salariés des professions non agricoles (artisans, commerçants, professions libérales),
- Vous êtes exploitant agricole : le Régime d'Assurance Maladie des Exploitants Agricoles (AMEXA).

### **Remboursements, Prestations**

Nos remboursements dépendent de plusieurs éléments :

- La lettre-clé qui exprime la nature de l'acte médical et qui est parfois accompagnée d'un coefficient indiquant la valeur de l'acte lorsque l'acte médical se réfère à la nomenclature générale des actes professionnels,
- Le code de regroupement de l'acte technique en cas de référence à la classification commune des actes médicaux. L'acte est identifié par un code tarifant et un tarif en euros,
- Le tarif servant de base de remboursement,
- La catégorie de médecin,
- Le taux de participation au Régime Obligatoire, ce taux variant dans le cadre du parcours de soins et hors parcours de soins,
- Les frais réellement engagés,
- Du niveau de garantie « Complémentaire Frais de Soins » prévu aux conditions particulières.

### **Soins médicaux courants**

Les frais exposés pour maladie ou accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire.

### **Tarif de Convention**

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

### **Tarif de Responsabilité**

Tarif arrêté par les Pouvoirs Publics et qui s'applique au remboursement des séjours hospitaliers et à certains autres actes.

### **Tarif d'Autorité**

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

### **Ticket Modérateur**

La part des frais de soins restant à votre charge après intervention de votre Régime Obligatoire, calculée sur la base de remboursement du Régime Obligatoire et dans le cadre du parcours de soins. Ce ticket Modérateur varie selon la nature des frais engagés. Il peut comprendre une franchise en cas « d'acte lourd » (acte dont le montant est de 120 euros ou plus au 1er janvier 2013).

### **Traitement**

Ensemble des actes médicaux, chirurgicaux ou paramédicaux visant à soigner une maladie ou les conséquences d'un accident.

# **CHAPITRE 1**

## **LA VIE DE L'ADHESION**

L'adhésion aux garanties et services « Complémentaire Frais de Soins » a pour objet de faire bénéficier aux adhérents de l'Association ARAVIC, des garanties et services souscrits par l'Association auprès d'Aviva Assurances.

## **L'adhésion au contrat**

Le contrat « Complémentaire Frais de Soins » peut couvrir l'intégralité des membres de la famille. **Le même niveau de garanties doit être prévu pour l'ensemble des bénéficiaires (sauf dispositions contraires précisées aux conditions particulières).**

### **A. La durée**

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur les conditions particulières (échéance principale). Elle est établie pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite à chaque échéance, sauf dénonciation par vous ou nous dans les conditions mentionnées au paragraphe « Résiliation ».

### **B. La déclaration du risque**

Avant la conclusion de l'adhésion, vous avez été informé des prix et des garanties et vous avez reçu la présente notice d'information régissant les garanties et services et valant conditions générales.

Toute demande de changement de niveau de garantie doit être faite par vous. La modification prendra effet à la date anniversaire de l'adhésion.

En cours d'adhésion, vous nous informerez par lettre recommandée dans les 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, des circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et de ce fait rendent inexacts ou caduques les réponses faites à la proposition d'assurance.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

- votre changement de domicile, à défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux,
- un changement de profession ou de vos activités professionnelles entraînant un changement de votre Régime Obligatoire.

**Lorsque la modification constitue une aggravation du risque** (sauf en matière d'état de santé), nous vous proposons une nouvelle cotisation. Si vous ne donnez pas suite à notre proposition ou refusez le montant dans les 30 jours, nous pourrions résilier votre adhésion au terme de ce délai.

**Lorsque la modification atténue la gravité des circonstances**, vous pourrez demander une diminution du montant de la cotisation (sauf si cette modification est liée à votre état de santé). A défaut d'accord, de notre part, vous pourrez résilier votre adhésion, la résiliation prenant effet 30 jours après.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude à l'adhésion ou en cours d'adhésion, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

### **C. Le paiement des cotisations**

Les cotisations sont payables d'avance. Elles sont annuelles, mais à demande, leur paiement pourra être fractionné. **Toutefois, en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à son échéance, la cotisation restante de l'année d'assurance en cours deviendra immédiatement exigible.**

**A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 jours de son échéance et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons vous adresser, à votre dernier domicile connu (même dans le cas où la cotisation serait payable par une autre personne), une lettre recommandée valant mise en demeure.**

**La garantie est suspendue 30 jours après l'envoi de cette lettre.**

**Nous avons le droit de résilier l'adhésion 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus, par notification faite, soit par la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.**

**En cas de suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ou lorsque des prestations vous sont dues**, vous n'êtes pas dispensé de l'obligation de payer les cotisations échues.

La cotisation est payable d'avance à AVIVA ASSURANCES.

### **Conséquences de la suspension de l'adhésion pour non-paiement des cotisations sur le droit aux prestations**

La suspension des garanties et des services pour non-paiement de la cotisation entraîne la perte définitive de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents survenus ou à des maladies constatées médicalement pendant la période de suspension.



## **D. La variation des cotisations**

En début d'assurance, la cotisation correspondant au niveau choisi est fixée en fonction de l'âge de chaque bénéficiaire à la prise d'effet de l'adhésion et de votre domicile (le domicile étant considéré comme la résidence principale de l'adhérent).

En cours d'assurance, la cotisation évolue à chaque échéance principale en fonction :

- de l'âge des bénéficiaires,
- de l'évolution de la consommation médicale.

Cette évolution est déterminée en fonction de la moyenne arithmétique des taux d'accroissement annuels de la consommation médicale totale publiés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé. Cette moyenne est calculée sur la base de l'accroissement des deux dernières années recensées dans ce rapport. Il est convenu que si les bases techniques de détermination de ce taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un arbitre serait effectué aux fins de définir un nouvel indice de variation des cotisations pour l'avenir.

La cotisation peut également être modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement une des modifications suivantes :

- une modification de la zone géographique tarifaire
- une évolution des prestations allouées par votre Régime Obligatoire.

## **E. La révision du tarif**

Une évolution des résultats techniques constatés sur un ou plusieurs niveaux peut nous amener à changer les conditions tarifaires.

Il est entendu que nous ne pourrions vous notifier une modification individuelle de la cotisation. En effet, toute modification ne peut intervenir que sur une même catégorie de risques ou de garanties.

Dans cette hypothèse de majoration de la cotisation, vous pourrez résilier votre adhésion dans les trente jours suivant la date à laquelle vous aurez eu connaissance de cette modification, la résiliation intervenant un mois après sa notification. Vous resterez redevable de la portion de cotisation calculée sur la base du tarif précédent, au prorata du temps écoulé entre la date du dernier appel de cotisation et la date d'effet de la résiliation.

## **F. L'évolution des prestations**

Les prestations exprimées en euro (forfaits, chambre particulière, indemnités...) ne font pas l'objet de variation de leur montant en cours d'adhésion.

## **La résiliation de l'adhésion**

### **L'adhésion peut être résiliée**

#### **Par l'adhérent**

- A chaque échéance principale, moyennant un préavis de deux mois au moins (Art. L 113-12 du Code des assurances),
- En cas de diminution des circonstances de la garantie, si nous refusons de réduire la cotisation en conséquence (L141-4),
- En cas de révision du tarif,
- En cas de survenance de l'un des événements suivants et sur présentation d'un justificatif : changement de domicile, changement de situation matrimoniale, lorsque ce changement a un effet sur les risques garantis par la présente adhésion (L113-16).

#### **Par nous**

- En cas de non paiement des cotisations (L141-3),
- En cas d'aggravation des circonstances de la garantie si vous n'acceptez pas le nouveau tarif (L141-4),
- En cas de déclarations sciemment fausses ou de falsifications de pièces faites dans le but d'obtenir des prestations indues. Dans ce cas, la résiliation prend effet 40 jours après la notification qui vous est adressée par lettre recommandée.

#### **De plein droit**

- En cas de retrait total de notre agrément (R326-1),
- En cas de décès de l'Adhérent si celui-ci était le seul bénéficiaire âgé de plus de 18 ans.

### **La demande de résiliation doit toujours être faite par lettre recommandée**

Lorsque la résiliation de l'adhésion a lieu entre deux échéances, la portion de cotisation correspondant à la période postérieure à la résiliation vous est remboursée si elle a été perçue d'avance (sauf en cas de non-paiement des cotisations, déclarations sciemment fausses ou falsifications de pièces).

#### **Conséquence de la résiliation de l'adhésion sur le droit aux prestations :**

Les prestations sont dues, pour les soins et traitements en cours, jusqu'à la prise d'effet de la résiliation, lorsque l'adhésion est résiliée soit par l'adhérent, soit par nous.

## **Dispositions générales**

### **A. L'adhésion au contrat en cas de démarchage à domicile**

Si vous avez adhéré au contrat dans le cadre de démarchage à domicile, vous disposez d'un droit de renonciation de 14 jours, en application de l'article L 112-9-1 du Code des Assurances qui stipule :

"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 avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités".

Pour exercer ce droit de renonciation, il suffit d'adresser une lettre recommandée avec avis de réception demandant la renonciation de votre adhésion, à :

AVIVA Assurances  
Production Santé  
13 rue du Moulin Bailly  
92271 BOIS-COLOMBES CEDEX

Le courrier de renonciation doit être rédigé comme suit :

"Je soussigné, ....., demande à renoncer à l'adhésion au contrat Complémentaire Frais de Soins, faite le ..... auprès d'ARAVIC. En conséquence, l'adhésion sera résiliée à compter de la date de réception de la présente lettre recommandée et AVIVA Assurances me remboursera le solde de la cotisation déjà versée dans les 30 jours suivant la résiliation".

Dès lors que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie mentionnée aux conditions particulières, vous ne pouvez plus exercer ce droit de renonciation.

### **B. Le droit de communication et de rectification**

#### **Protection des données à caractère personnel – Loi Informatique et Libertés**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à Aviva Assurances de procéder à la passation, la gestion et l'exécution des contrats. Elles sont destinées à l'assureur, ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels, partenaires, prestataires éventuellement situés en dehors de l'Union Européenne et, le cas échéant, aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données qui vous concernent en écrivant au Service Relations Client, dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Par ailleurs, sauf opposition de votre part, ces informations pourront être transmises aux entités du groupe Aviva France et à ses partenaires à des fins de prospection commerciale.

Pour plus d'informations sur le transfert de données à l'étranger, vous pouvez consulter les mentions légales du site Aviva « [www.aviva.fr](http://www.aviva.fr) » ou écrire à cette même adresse : Aviva Assurances - Service Relations Clients (OCLI) - 13 rue du Moulin Bailly - 92 271 Bois-Colombes Cedex ; [ocli\\_serv@aviva](mailto:ocli_serv@aviva).

### **C. L'examen des réclamations**

En cas de difficultés, consultez d'abord votre Agent Général AVIVA Assurances. Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation à :

AVIVA Assurances - SERVICE RELATIONS CLIENTS  
13 rue du Moulin Bailly  
92271 Bois-Colombes cedex e-mail : [ocli\\_serv@aviva](mailto:ocli_serv@aviva)

Nous en accusons réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf si nous avons pu vous apporter une réponse), et nous traitons votre réclamation dans un délai maximal de 2 mois après réception.

En cas de désaccord persistant, et après épuisement des voies de recours internes, vous pouvez alors solliciter l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA). Nous vous communiquerons ses coordonnées sur simple demande.

#### **D. La subrogation**

Vous conservez votre droit à recours contre le tiers responsable d'un accident, mais nous pouvons obtenir le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation payés auprès du responsable de l'accident (art. L121-12 du Code des assurances).

Par ailleurs, vous prenez l'engagement de nous informer de toutes procédures pénales ou civiles dont vous aurez connaissance contre le responsable d'un accident dont vous avez été victime.

#### **E. Le contrôle des assurances**

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est :  
L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP)  
61, rue Taitbout - 75009 Paris

#### **F. L'immatriculation des intermédiaires en Assurances**

L'organisme chargé de recenser les personnes physiques ou morales autorisées à exercer l'activité d'intermédiaire en assurance est :

L'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances (ORIAS)  
1, rue Jules Lefebvre - 75331 PARIS CEDEX 09  
[www.orias.fr](http://www.orias.fr)

#### **G. La prescription**

Votre adhésion est soumise aux dispositions suivantes du Code des Assurances :

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'Adhérent 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'Adhérent 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 de l'adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droit de l'Adhérent décédé.

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

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 avec accusé de réception adressée par :

- L'Assureur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime
- Par l'Adhérent 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.

Les causes ordinaires d'interruption d'une prescription sont définies par les articles 2240 et suivants du Code Civil :

- Toute demande en justice (y compris en référé) même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- Un acte d'exécution forcée.

L'événement qui interrompt la prescription biennale fait courir un nouveau délai de deux ans.

En cas de procédure judiciaire, ce nouveau délai ne court qu'à compter de l'extinction de l'instance.

## CHAPITRE 2

### LES GARANTIES FRAIS DE SOINS

L'adhésion comprend une garantie Complémentaire Frais de Soins et des Services qui dépendent du niveau que vous avez choisi et de votre Régime Obligatoire d'assurance maladie. La garantie et les services associés sont précisés sur les conditions particulières et peuvent prévoir :

- Des services de Tiers-payant (auprès de pharmacies, laboratoires, cabinets radiologiques, opticiens, auxiliaires médicaux...),
- Un accord de télétransmission de vos décomptes selon votre Caisse de Régime Obligatoire, permettant un traitement plus rapide de vos prestations.
- Un service d'assistance (aide à domicile, aide familiale, trajets taxi domicile-travail, etc.)

**Pour adhérer à la garantie Complémentaire Frais de Soins, vous devez :**

- Etre assujetti à un Régime Obligatoire, en tant qu'Assuré social ou ayant-droit,
- Etre âgé de 18 ans ou plus,
- Etre membre de l'association ARAVIC.

## **L'objet de la garantie**

Cette garantie « Complémentaire Frais de Soins », accordée à toutes les personnes nominativement désignées aux conditions particulières vous permet d'obtenir le remboursement de vos frais d'ordre médical et chirurgical exposés à la suite d'une maladie ou d'un accident ou d'une maternité en complément des prestations versées par votre Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Elle est accordée à titre viager dès la prise d'effet de l'adhésion, sauf en cas de non-paiement de la cotisation, d'inexactitude dans la déclaration du risque, de falsification de pièces dans le but d'obtenir des prestations indues. Le présent contrat est qualifié de « responsable » au sens des articles L871-1 et R871-2 du code de la Sécurité sociale. Il répond donc au cahier des charges du contrat responsable quant aux garanties et au montant des remboursements.

### **A. Les prestations**

Les prestations que nous vous versons dépendent du niveau de garantie que vous avez choisi et qui est précisé aux conditions particulières.

**Nos remboursements sont toujours subordonnés à l'intervention préalable de votre Régime Obligatoire. Dans tous les cas, les règlements cumulés de votre Régime Obligatoire et de votre adhésion Complémentaire Frais de Soins ne peuvent dépasser les frais réellement engagés.**

#### **Les remboursements exprimés en %**

Nos remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au moment des soins, sous déduction des remboursements de votre Régime Obligatoire.

#### **Les remboursements exprimés en forfait**

Certains remboursements sont effectués sous forme d'un « forfait ». Le montant du « forfait » est un maximum par an et par personne bénéficiaire qui s'additionne aux éventuels remboursements de votre Régime Obligatoire.

#### **Les bonus fidélité**

Si la garantie est précisée au tableau des garanties des conditions particulières, vous disposez d'un « bonus fidélité » pour les frais dentaires, afin de récompenser votre fidélité. Les prestations évoluent en fonction du nombre d'années d'assurance. Le montant indiqué correspond à la prestation incluant l'augmentation selon la périodicité mentionnée.

#### **Le plafond dentaire**

De plus, le remboursement des frais engagés pour l'ensemble des frais dentaires fait l'objet d'une limitation, appréciée par année d'assurance, dont le montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant au niveau de garantie prévu aux conditions particulières de l'adhérent.

#### **Les bonus responsable**

Si la garantie est précisée au tableau des garanties des conditions particulières, vous pouvez bénéficier d'un « bonus responsable » pour les frais d'optique. Les prestations sont majorées si ce même poste n'a pas été consommé selon le nombre d'années d'assurance mentionné au tableau des garanties correspondant au niveau de garantie prévu aux conditions particulières de l'adhérent. Le montant indiqué sur le tableau de garantie correspond à la prestation incluant l'augmentation selon la périodicité mentionnée.

#### **Indemnités hospitalisation**

Si la garantie est précisée aux Conditions Particulières, nous vous garantissons le versement d'une allocation quotidienne, dont le montant est précisé aux Conditions Particulières, en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale consécutive à une maladie, à une maternité ou à un accident de plus d'une nuitée.

Cette allocation est versée dès le 1er jour d'hospitalisation.

Toutes pathologies confondues, la garantie n'excédera pas 365 jours d'indemnisation.

Les "hospitalisations de jour", "ambulatoire", ou "à domicile" et les consultations externes en établissements hospitaliers publics ou privés ne donnent pas lieu au versement de l'allocation.

## **B. L'entrée en vigueur de la garantie Complémentaire Frais de Soins**

### **Les garanties s'exercent :**

- Pour les soins consécutifs à un accident, une maladie, une maternité, une infirmité lorsqu'ils sont effectués après la prise d'effet de l'adhésion au contrat,
- Pour les hospitalisations si la date d'entrée dans l'établissement hospitalier est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

### **Cas des nouveau-nés**

La garantie est acquise dès sa naissance pour un nouveau-né dont vous demandez l'adhésion dans les 60 jours qui suivent sa naissance. A défaut, la garantie sera acquise à la date d'adhésion précisée à l'avenant.

### **Remarque**

Si vous choisissez en cours d'adhésion un niveau supérieur au niveau en cours, les prothèses dentaires seront remboursées pendant les 6 mois suivant le changement de niveau sur la base des garanties précédentes.

## **C. Ce qui n'est pas garanti**

Même si votre régime obligatoire est intervenu, ne donnent pas lieu à prestation pour les hospitalisations, actes chirurgicaux, soins et prothèses dentaires, actes de kinésithérapie :

- Les risques de guerre civile ou étrangère. La participation active à une insurrection, une émeute, un mouvement populaire, un acte de terrorisme ou de sabotage, une grève,
- Les conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique ou de tout phénomène de radioactivité,
- La participation à une rixe (sauf cas de légitime défense), la mutilation volontaire, le suicide ou la tentative de suicide,
- Les conséquences de l'éthylisme aigu ou chronique de la personne bénéficiaire, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,
- Les cures d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication et de thalasso thérapie,
- Les traitements à visée esthétique, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti,
- Les traitements psychanalytiques, psychothérapeutiques,
- Les interventions chirurgicales à visée reconstructrice, esthétique ou plastique à l'exception de celles consécutives à un accident garanti, les interventions comportant une réduction de la masse grasseuse, ainsi que les interventions pour rhinoplastie et septoplastie nasale. Restent néanmoins garanties les rhinoplasties justifiées par un traumatisme nasal survenu pendant la période de garantie,
- Les interventions chirurgicales pour hypertrophie ou hypotrophie mammaires, ainsi que les interventions comportant une lipectomie, une liposuction, une lipoaspiration, une liposculpture, une plastie abdominale,
- Les traitements, hospitalisations et interventions chirurgicales pour les troubles de l'identité sexuelle,
- Les séjours en centres, services ou établissements dits de longs séjours, de gérontologie, de gériatrie,
- Les séjours psychopédagogiques, pédagogiques, à visée diététique ou de rééducation alimentaire,
- Les différentes étapes de la Procréation Médicalement Assistée (PMA).

En aucun cas, le versement à titre exceptionnel d'une participation sur une prestation non garantie par le contrat « Complémentaire Frais de Soins » ne pourra être considéré comme l'acceptation tacite du risque par AVIVA ASSURANCES.

## **D. Les limitations de garanties**

Le remboursement du forfait journalier hospitalier et de la chambre particulière est limité à 90 jours par an pour les séjours en centre, service ou établissement psychiatrique.

En cas d'hospitalisation à l'étranger, le remboursement du séjour et des honoraires sera basé sur le remboursement prévu pour une hospitalisation en France dans un établissement non conventionné. Le remboursement de la chambre particulière, lorsqu'elle est prévue dans le niveau mentionné aux conditions particulières, sera limité à 50 % du montant maximum fixé pour une hospitalisation en France, dans un établissement conventionné.

## **E. Les pays dans lesquels la garantie s'applique**

Les frais engagés dans le **Monde Entier** sont pris en charge.

**Toutefois, le versement des prestations est toujours subordonné au remboursement préalable de votre Régime Obligatoire d'assurance maladie français.**

Nos remboursements seront systématiquement effectués en France et en monnaie légale française.

**Si vous êtes en possession de la carte européenne délivrée par votre Caisse d'Assurance Maladie, et que celle-ci prend en charge vos soins lors de votre séjour, nous rembourserons le complément de vos dépenses de santé selon les garanties de votre adhésion et dans la limite des frais engagés.**

## **F. Le service de tiers-payant**

Selon votre niveau de garanties, vous pouvez bénéficier de ce service s'il est mentionné aux Conditions Particulières de votre adhésion pour les personnes bénéficiaires.

### **Les prestations pour lesquelles nous vous proposons le tiers payant**

Vous pouvez bénéficier pour les prescriptions de votre Praticien, du service de Tiers-payant pour les professionnels de santé suivants qui ont signé une convention avec Nous :

- **Pharmacie**
- **Biologie**
- **Radiologie**
- **Soins externes** réalisés en milieu hospitalier ou auprès d'un centre de santé
- **Optique**
- **Auxiliaires médicaux** (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues, pédicures)
- **Fournisseurs de dispositifs médicaux** (fauteuil roulant, béquilles, assistance respiratoire, déambulateur, lit médicalisé,...).

Ainsi, vous ne déboursez que les sommes restant normalement à votre charge après intervention de votre Régime Obligatoire et de votre adhésion. Nous remboursons à ces professionnels de santé, dans la limite de notre engagement, le montant des prestations qu'ils vous ont avancé.

### **L'attestation de tiers payant**

La mise en place du tiers payant ne pourra être effective que sous réserve de vérification par le professionnel de santé de la validité de deux documents que vous devrez obligatoirement lui présenter :

- la carte d'Assuré Social (carte Vitale) sur laquelle figurent les bénéficiaires du tiers payant,
- l'attestation de tiers payant en cours de validité délivrée par notre Société et désignant les bénéficiaires.

#### - La délivrance de l'attestation de tiers payant

L'attestation comporte des renseignements relatifs à notre Société, au numéro d'adhésion, à votre Régime Obligatoire. Elle précise les noms, prénoms, et dates de naissance des bénéficiaires du tiers payant et la période de validité du service. Elle indique les services de tiers payant dont vous pouvez bénéficier dans votre département, auprès des professionnels signataires d'une convention.

A chaque échéance prévue au contrat, une attestation de tiers payant vous sera transmise pour la période correspondante. La validité de cette attestation est subordonnée au paiement de la cotisation.

#### - L'utilisation et le retrait de l'attestation de tiers payant

En cas de résiliation, de suspension ou de nullité du contrat ou de l'adhésion, l'attestation en cours doit nous être restituée immédiatement.

De même, en cas de changement dans la situation familiale, de changement de domicile, en présence d'une modification de garantie ou en cas de changement de caisse d'affiliation au Régime Obligatoire, vous nous retournerez ce document. Nous vous en fournirons un nouveau dûment modifié.

**Toute utilisation de l'attestation de tiers payant, alors que le droit aux prestations n'est plus acquis en conformité avec les dispositions de votre adhésion, peut faire l'objet de poursuites à votre rencontre pour remboursement des prestations induit réglementés.**

La prise d'effet du service de Tiers Payant intervient dès que vous êtes en possession de l'attestation en cours de validité. La cessation de la garantie Complémentaire Frais de Soins entraîne la cessation du service.

De plus, le Tiers Payant peut prendre fin :

- sur votre demande, après renvoi de l'attestation,
- en cas de non-respect des règles d'utilisation de l'attestation,
- en cas de résiliation d'une des conventions de délégation de paiement qui nous lient aux professionnels de santé concernés,
- en cas de disposition législative ou réglementaire qui supprimerait la délégation de paiement du Régime Obligatoire ou modifierait l'ampleur de notre engagement.



## **G. Le service de télétransmission des données avec les Caisses de Régime Obligatoire**

Lorsque vous êtes affilié à un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie avec lequel nous avons passé un accord, il nous transmet directement les données figurant sur vos décomptes lorsque vous avez demandé ce service. Nous vous remboursons la part complémentaire selon le niveau mentionné aux conditions particulières, sans que vous ayez à nous adresser vos décomptes "papier".

Des conventions sont signées avec :

- les Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Régime Général de la Sécurité sociale (CPAM),
- la Réunion des Assureurs Maladie pour les travailleurs non-salariés non agricoles (RAM),
- le Groupement des Assureurs Maladie des Exploitants Agricoles (GAMEX) pour le régime AMEXA,
- certaines caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) pour le régime AMEXA,
- la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (CRPCEN),
- certaines caisses étudiantes.

**Il vous est possible de vous opposer à tout moment à la mise en place de cette dématérialisation des données en nous adressant un courrier nous demandant de supprimer ce dispositif.**

## **H. La consultation en ligne de vos remboursements**

Vous pouvez suivre vos remboursements santé en ligne sur notre site internet :

**[www.aviva.fr](http://www.aviva.fr)**

Pour accéder à ce service, vous devez posséder une adresse e-mail sur laquelle votre mot de passe vous sera envoyé sur simple demande de votre part.

Votre identifiant est votre numéro d'adhésion "Complémentaire Frais de Soins", numéro que vous trouverez sur toutes nos correspondances.

Vous pouvez également vous abonner gratuitement à notre service d'alerte e-mail et recevoir directement sur votre boîte aux lettres électronique un message d'information dès qu'un nouveau remboursement est consultable sur notre site.

## **I. L'obtention des prestations**

Nous vous rappelons que les prothèses dentaires, prothèses auditives, lunettes et tout acte médical ne sont indemnisés que si votre Régime Obligatoire est intervenu, sauf disposition spécifique précisée aux Conditions Particulières.

### **Les pièces nécessaires au versement des prestations**

Toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent nous être remises 6 mois au plus tard après la fin du traitement, sauf cas de force majeure. A défaut, la déchéance vous sera opposée, si ce retard dans la déclaration nous a causé un préjudice.

Vous nous adresserez :

- les décomptes originaux de prestations établis par votre Régime Obligatoire si vous ne bénéficiez pas du service de transmission des données ;
- en cas d'hospitalisation, la facture de l'établissement hospitalier précisant les dates d'entrée et de sortie, si vous avez réglé le séjour hospitalier. Toutefois, une prise en charge hospitalière peut vous être fournie, sur votre demande ; les notes d'honoraires acquittées lorsque les médecins ont pratiqué des dépassements d'honoraires ;
- en cas de frais d'optique, la facture détaillée établie par l'opticien (ou une photocopie de cette facture) avec le décompte de votre Régime Obligatoire. Une prise en charge optique peut être adressée à votre opticien, sur demande.

Les documents que vous nous transmettez (décomptes, factures ...) seront scannés et archivés informatiquement à leur réception. Sur demande de votre part au moment de leur envoi, vous pourrez obtenir la restitution des originaux ; à défaut ceux-ci seront détruits.

Tous les documents que vous nous adressez seront utilement accompagnés :

- du numéro de votre adhésion, à inscrire au dos des pièces ;
- en cas d'accident, du certificat de constatation des blessures, des circonstances et des coordonnées du tiers responsable.

### **L'accord de Prise en Charge Hospitalière**

Afin d'éviter de faire l'avance des frais hospitaliers, vous pouvez demander la délivrance d'un accord de prise en charge en nous interrogeant par téléphone, télécopie ou courrier.

Cet accord de prise en charge devra être demandé le plus tôt possible, dès que vous avez connaissance de l'hospitalisation.

Lorsque nous délivrons un accord de prise en charge, celui-ci porte sur :

- le remboursement du Ticket Modérateur concernant le séjour dans l'établissement hospitalier et les honoraires médicaux et chirurgicaux,
- le remboursement du Forfait Journalier,
- éventuellement, le remboursement de la Chambre Particulière, dans les limites contractuelles.

Les dépassements d'honoraires et dépenses personnelles (téléphone, télévision,...) ne bénéficiant pas du tiers-payant, ils ne peuvent figurer sur l'accord de prise en charge. Ces demandes de remboursement seront traitées sur présentation des factures acquittées et selon les garanties acquises aux conditions particulières.

### **L'accord de Prise en Charge Optique**

En choisissant l'un de nos opticiens partenaires, vous pouvez éviter de faire l'avance des frais optiques garantis. Votre opticien peut demander la délivrance d'un accord de prise en charge en temps réel sur le site SP Santé : [www.optique.spsante.fr](http://www.optique.spsante.fr) ou en nous interrogeant par téléphone, télécopie ou courrier. Le montant de notre accord sera limité à la garantie acquise aux conditions particulières.

Nous sommes également à votre disposition pour vous indiquer le montant de votre remboursement en fonction de devis que vous voudrez nous adresser.

### **Le cas des assureurs multiples**

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent dépasser le montant des frais restant à votre charge après remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date d'adhésion. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnité en vous adressant à l'organisme de votre choix.

### **Les renseignements complémentaires**

Nous pourrions éventuellement vous demander des renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traités.

Les renseignements concernant votre état de santé pourront être directement adressés à notre Médecin Conseil qui en prendra seul connaissance et ne transmettra au service intéressé que les éléments nécessaires à l'application de l'adhésion.

L'emploi ou la production intentionnelle de renseignements ou de documents inexacts ou falsifiés, concernant par exemple : l'origine ou la nature d'une maladie, la date de survenance d'un accident, l'identité de la personne soignée, la date des soins...dans le but d'obtenir des prestations indues, entraîne la perte de tout droit à indemnités, pour la maladie ou l'accident en cause. De plus, l'association pourra exclure l'adhérent de l'association, et donc du bénéfice de l'adhésion. Cette exclusion prendra effet dix jours après la notification que nous vous ferons par lettre recommandée.

### **Les expertises médicales**

Les Médecins délégués par nous doivent pouvoir, sous peine de déchéance de la garantie, avoir libre accès auprès de l'Adhérent malade ou blessé pour procéder à une expertise médicale. Nous devons donc être informés de tout changement de résidence.

Au cas où sans motif valable vous refuseriez de vous soumettre au contrôle de notre Médecin, vous seriez déchu de tout droit aux indemnités si vous mainteniez ce refus après réception d'une lettre recommandée vous avisant d'un contrôle médical.

En cas de contestation d'ordre médical, le différend sera soumis à un Médecin Arbitre choisi d'un commun accord et ayant pour mission de nous départager. Un protocole d'arbitrage dont la rédaction est à notre charge vous sera remis au préalable. Les frais et le règlement des honoraires au Médecin-Arbitre seront réglés pour moitié par chacune des parties.

Vous avez la possibilité de vous faire assister lors de cet examen par le Médecin de votre choix.

A défaut d'entente sur le choix du Médecin-Arbitre, celui-ci sera désigné par le Tribunal de Grande Instance de votre domicile.

## J. Le tableau des garanties frais de soins

Les garanties acquises sont précisées aux conditions particulières. Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels.

Les prestations exprimées en « ...% » signifient en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de votre Régime Obligatoire, si celui-ci est non nul.

Les prestations exprimées en Euros sont versées par an et par bénéficiaire en complément du remboursement du Régime Obligatoire.

<b>SOINS COURANTS ET PHARMACIE</b>	<b>Niveau 1</b>	<b>Niveau 2</b>	<b>Niveau 3</b>	<b>Niveau 4</b>	<b>Niveau 5</b>	<b>Niveau 6</b>
Consultations, visites	100%	100%	125%	150%	200%	300%
Médicaments (vignettes blanches)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Médicaments (vignettes bleues, orange)	---	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie, Analyses, Auxiliaires médicaux, Transport du malade, Hospitalisation à domicile	100%	100%	125%	150%	200%	300%
Appareil auditif	100%	100% + 200 €	125% + 250 €	150% + 300 €	200% + 400 €	300% + 600 €
Orthopédie et autres prothèses	100%	100%	125%	150%	200%	300%
<b>HOSPITALISATION (y compris maternité)</b>	<b>Niveau 1</b>	<b>Niveau 2</b>	<b>Niveau 3</b>	<b>Niveau 4</b>	<b>Niveau 5</b>	<b>Niveau 6</b>
<b>En établissement conventionné</b>						
Honoraires	100%	150%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100%	150%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	30 € / jour	50 € / jour	80 € / jour	150 € / jour	150 € / jour	150 € / jour
Forfait accompagnant - Limité à 10 jours / an	---	20 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour
Dès le premier jour d'hospitalisation, une indemnité pour financer les frais annexes : Tv, téléphone, wifi, magazine...	---	---	5 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	20 € / jour
<b>En établissement non conventionné</b>						
Tous postes confondus	---	100%	125%	150%	200%	300%
<b>OPTIQUE (Par an et par bénéficiaire)</b>	<b>Niveau 1</b>	<b>Niveau 2</b>	<b>Niveau 3</b>	<b>Niveau 4</b>	<b>Niveau 5</b>	<b>Niveau 6</b>
Forfait optique : monture, verres, lentilles remboursées ou non par le régime obligatoire	100 €	150 €	250 €	300 €	450 €	600 €
Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, l'année suivante, votre forfait sera porté à :	100 €	225 €	375 €	450 €	675 €	900 €
Chirurgie laser de l'œil	---	150 €	250 €	300 €	450 €	600 €
<b>DENTAIRE</b>	<b>Niveau 1</b>	<b>Niveau 2</b>	<b>Niveau 3</b>	<b>Niveau 4</b>	<b>Niveau 5</b>	<b>Niveau 6</b>
Consultations et soins dentaires	100%	100%	125%	150%	200%	300%
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (SPR<30)	100%	100%	125%	150%	200%	300%
Forfait par Prothèse dentaire acceptées par le Régime Obligatoire (SPR>=30)	50 €	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €
Au delà de la troisième année d'assurance, votre forfait par prothèse dentaire (SPR>=30) sera porté à :	50 €	150 €	250 €	350 €	450 €	550 €
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire par an et par bénéficiaire	100 €	300 €	400 €	500 €	700 €	900 €
Parodontologie, implantologie et orthodontie non acceptées par le Régime Obligatoire par an et par bénéficiaire	----	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €
Plafond de remboursements pour les deux premières années par an et par bénéficiaire :	500 €	1000 €	1200 €	1400 €	1600 €	2000 €
<b>FORFAITS, PREVENTION ET INNOVATIONS</b>	<b>Niveau 1</b>	<b>Niveau 2</b>	<b>Niveau 3</b>	<b>Niveau 4</b>	<b>Niveau 5</b>	<b>Niveau 6</b>
Médecine douce : ostéopathe, étio-pathe, chiropracteur, podologue	----	50 €	75 €	100 €	150 €	200 €
Médicaments non remboursés par le Régime Obligatoire : vaccins, homéopathie, pilule contraceptive, sevrage tabagique	----	50 €	75 €	100 €	150 €	200 €
Prévention : dépistage cancer colon, dépistage papillomavirus, ostéodensitométrie non remboursée	50 €	50 €	100 €	100 €	150 €	200 €
Bilan de santé annuel	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €
Délivrance du certificat médical pour la pratique d'un sport	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Prise en charge de tous les actes de prévention relatifs au contrat responsable	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

## CHAPITRE 3

# LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES

En complément de la garantie et des services Complémentaire Frais de Soins, des garanties complémentaires peuvent être proposées. Elles sont accordées à toutes les personnes nominativement désignées aux conditions particulières :

- Une garantie Homme-Clé

- Une garantie Agri-protection :

La garantie Renfort Accident Agricole (incluse),

La garantie Aide Bénévole (optionnelle),

La garantie Main d'œuvre de Remplacement Agricole (optionnelle).

## **Garantie Homme Clé**

Cette garantie est proposée lorsque l'adhérent mentionné aux conditions particulières « Complémentaire Frais de Soins » est un professionnel non agricole (TNS, chef d'entreprise, auto entrepreneur...). La garantie Homme Clé est alors précisée expressément aux conditions particulières, ainsi que les personnes bénéficiaires de cette garantie.

### **A. L'objet de la garantie Homme Clé Accident**

Si, à la suite d'un accident garanti, le bénéficiaire désigné aux conditions particulières en qualité d' « Homme Clé », se trouve dans l'impossibilité absolue d'exercer sa profession, nous garantissons à l'entreprise ou à l'auto-entrepreneur le paiement d'une indemnité dont l'objet est de couvrir les frais supplémentaires d'exploitation engagés pendant la période d'arrêt de travail de l'Homme Clé et nécessaires à la poursuite de l'activité : emploi d'un remplaçant ayant la même qualification, frais de sous-traitance, heures supplémentaires du personnel habituel...

Nous intervenons lorsque l'accident à l'origine de l'arrêt de travail a lieu après la prise d'effet de la garantie et pendant la durée de l'adhésion.

Une franchise de 6 jours est appliquée à chaque arrêt de travail.

L'indemnité est due à partir du 7ème jour d'arrêt de travail consécutif à un accident garanti, jusqu'à la reprise du travail et au plus tard jusqu'au 96ème jour d'arrêt de travail continu lié à l'accident.

L'indemnité totale couvrant les frais supplémentaires d'exploitation est plafonnée à 250 euros par jour d'arrêt de travail de l'Homme Clé.

Si l'Homme Clé exerce son activité avec au moins deux salariés et qu'il peut reprendre partiellement son travail ou a recouvré la faculté de diriger ou de surveiller son commerce ou sa société, alors l'indemnité journalière est réduite de moitié.

### **B. Les personnes pouvant être bénéficiaires en qualité d'Homme Clé**

Lors de l'adhésion à la garantie, la ou les personnes désignée(s) en qualité d'Homme Clé doivent être âgées au plus de 59 ans.

Les personnes désignées expressément aux conditions particulières pour cette garantie peuvent être :

- vous-même, Adhérent,
- votre conjoint, Bénéficiaire,
- un salarié travaillant avec vous, que vous considérez comme l'Homme Clé dans votre entreprise et qui est désigné aux conditions particulières (nom, prénom, date de naissance, fonction).

### **C. La définition de l'accident garanti**

La garantie s'applique en cas d'accident survenu dans le cadre de la vie privée ou de la vie professionnelle de l'Homme Clé.

L' "accident" est défini comme une atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, ayant pour conséquence une blessure ou une lésion corporelle.

Par extension à la notion d'accident, sont également compris dans l'assurance :

- les inoculations infectieuses dues aux piqûres d'insectes ou aux morsures d'animaux ;
- les congestions, insolation et autres effets de la température, consécutifs à un accident garanti ;
- l'asphyxie non intentionnelle par immersion ou par dégagement de gaz ou de vapeur ;
- l'empoisonnement causé par des produits alimentaires ou tous autres produits absorbés par erreur ou par suite de l'action criminelle d'un tiers ;
- les brûlures, à l'exclusion de celles dues au soleil.

## **D. L'obtention des prestations**

### **Le délai de déclaration de l'accident**

Vous devez nous aviser par écrit dans les cinq jours ouvrés à partir du moment où vous avez eu connaissance de l'accident.

### **Les pièces nécessaires au versement des prestations**

Vous nous transmettez, sous pli confidentiel, la déclaration d'accident que vous remettra votre Agent Général, après l'avoir complétée, ainsi qu'un certificat médical d'arrêt de travail.

En cas de prolongation d'arrêt de travail, les certificats médicaux de prolongation d'incapacité temporaire totale et partielle doivent nous être adressés sans délai.

Vous nous transmettez également les justificatifs des frais engagés pour faire face à l'absence de l'Homme Clé et qui sont, selon les cas :

- le bulletin de salaire de la personne employée en remplacement,
- la facture de la société d'intérim vous ayant fourni du personnel temporaire,
- les justificatifs des heures supplémentaires effectuées par les salariés pendant l'arrêt de travail de l'Homme Clé,
- les justificatifs des frais de sous-traitance nécessités par l'absence de l'Homme Clé.

### **Les renseignements complémentaires**

Vous adresserez les renseignements de caractère confidentiel concernant l'état de santé du bénéficiaire à notre Médecin Conseil qui, lié par le secret professionnel, ne transmettra au service que les éléments nécessaires à l'application de l'adhésion.

La reconnaissance de l'état d'incapacité temporaire totale résulte de l'accord entre le médecin traitant et notre médecin conseil. Nous pouvons être amenés à demander à un médecin de constater votre état de santé à la suite de l'accident déclaré. Nous devons donc être informés de tout changement de résidence.

Les dispositions générales concernant les renseignements complémentaires et les expertises médicales s'appliquent à cette garantie.

### **Le règlement des prestations**

Il intervient dans le mois qui suit la remise des pièces justificatives et de tout renseignement nécessaire. A défaut de transmission des certificats médicaux dans les délais prévus, le droit à garantie peut être perdu si nous enregistrons un préjudice du fait de ce retard.

## **E. Ce qui n'est pas couvert par la garantie Homme Clé Accident**

Outre les exclusions communes prévues à la présente notice, ne sont pas garantis :

- toutes les maladies de quelque nature qu'elles soient, sauf si elles sont la conséquence d'un accident garanti,
- les accidents occasionnés par les manifestations pathologiques suivantes dont serait atteint le bénéficiaire : diabète, troubles mentaux, épilepsie, paralysie, ictus, maladies de la moelle épinière, cécité, surdité, maladies cardiovasculaires,
- les accidents occasionnés par l'état d'ivresse du bénéficiaire, ou lorsque son taux d'alcoolémie se révélerait, à la suite d'un dosage, supérieur ou égal au taux fixé par les dispositions législatives et réglementaires du Code de la Route, sauf s'il est établi que l'accident est sans relation avec cet état,
- les accidents ou maladies résultant :
  - de la pratique d'un sport à titre professionnel,
  - de la pratique à titre amateur de l'aviation sportive et de loisir,
  - de la participation en tant que concurrent à des courses, matches, compétitions avec usage de véhicules quelconques ou d'embarcations à moteur,
- les accidents résultant :
  - de l'usage comme conducteur d'un véhicule, si vous n'êtes pas titulaire du permis de conduire adapté, ou n'avez pas l'âge minimum requis pour la conduite de ce véhicule,
  - d'une compétition sportive de niveau national ou international et des entraînements et essais préparatoires.

## **F. Les pays dans lesquels la garantie Homme Clé Accident s'applique**

Nous vous garantissons en cas d'accident survenu dans le monde entier.

Toutefois, l'indemnité ne sera versée, pour les accidents survenus hors de France métropolitaine, des Départements et Régions d'Outre Mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion et Mayotte), des Collectivités d'Outre Mer (Saint Barthélemy, Saint Martin, Saint Pierre et Miquelon, Polynésie Française, Wallis et Futuna) et de Monaco, que si l'accident a entraîné votre hospitalisation et pendant sa seule durée.

Le paiement de l'indemnité sera ensuite repris lors de votre retour en France si vous êtes toujours en Incapacité Temporaire de Travail.

## **G. La cessation de la garantie et du versement des indemnités**

La garantie Homme Clé Accident cesse dès la résiliation de l'adhésion de base.

La garantie peut, par ailleurs, être résiliée sur demande de l'adhérent à effet de la date anniversaire de sa prise d'effet.

Indépendamment des cas de résiliation, la garantie Homme Clé Accident expire à la première échéance suivant le 65ème anniversaire de l'Homme Clé. A cette date, le droit à garantie et le versement de l'indemnité cessent de plein droit.

## **H. La subrogation spécifique à cette garantie**

Vous conservez votre droit de recours contre le tiers responsable d'un accident, mais nous pouvons obtenir le remboursement de cette prestation indemnitaire auprès du responsable de l'accident, conformément à l'article L121-12 du code des assurances.

## **Garanties Agri Protection**

Ces garanties sont proposées aux bénéficiaires affiliés au régime d'assurance maladie agricole. Elles sont composées de 3 garanties :

- La garantie Renfort Accident Agricole (incluse),
- La garantie Aide Bénévole (optionnelle),
- La garantie Main d'œuvre de Remplacement Agricole (optionnelle).

Les conditions particulières précisent les personnes bénéficiaires et les garanties acquises.

### **A. La garantie Renfort Accident Agricole**

Cette garantie intervient en complément du Régime Obligatoire AAEXA des accidents du travail et des maladies professionnelles des exploitants agricoles et des membres de leur famille.

Tous les accidents du travail indemnisés au titre du régime AAEXA donnent lieu à garantie dans le cadre des dispositions suivantes et sous réserve des exclusions prévues au paragraphe "Ce qui n'est pas garanti" de la présente notice d'information.

#### **L'objet de la garantie Renfort Accident Agricole**

En cas d'hospitalisation consécutive à un accident du travail agricole ou une maladie professionnelle, indemnisée par le régime obligatoire AAEXA, nous prenons en charge aux frais réels :

- les dépassements d'honoraires des praticiens (chirurgiens, anesthésistes,...),
- le séjour hospitalier, y compris la chambre particulière, dans la limite de 90 jours par accident, lorsque l'hospitalisation intervient en service de chirurgie ou de médecine dans un hôpital ou une clinique conventionnée.

Pour obtenir ces remboursements, vous nous adresserez l'original du décompte de votre Régime AAEXA ainsi que les factures détaillant le montant des dépassements d'honoraires et le coût de la chambre particulière.

En cas d'accident agricole indemnisé par le régime AAEXA, nous garantissons, dans la limite de 1.000 euros par année civile et par bénéficiaire, le remboursement :

- des frais médicaux,
- des frais pharmaceutiques engagés sur prescription médicale,
- des frais de transport médicalement justifiés du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier compétent le plus proche et du lieu de l'établissement à votre domicile (à l'exclusion des frais de rapatriement sanitaire),
- des frais d'appareillage et de renouvellement d'appareillage consécutifs à un accident garanti,
- des frais de lunettes et de prothèses dentaires brisées au cours d'un accident garanti.

Cette garantie intervient en complément de votre régime obligatoire et de tout régime de prévoyance ou de complémentaire frais de soins, sans que vous puissiez percevoir au total un montant supérieur à vos débours réels.

Seuls les actes médicaux et fournitures pris en charge par les régimes obligatoires peuvent ouvrir droit à cette garantie.

Pour obtenir le remboursement de ces frais de soins, merci de nous transmettre :

- les décomptes de votre régime AAEXA
- si vous n'avez pas de contrat complémentaire, les originaux des décomptes AAEXA,
- si vous disposez d'un contrat complémentaire, les originaux des décomptes de l'assureur complémentaire et les copies des décomptes AAEXA,
- les factures acquittées de vos dépenses médicales : médecins en cas de dépassement d'honoraires, frais de prothèses dentaires, lunettes, appareillage.

Subrogation : si l'accident du travail a été causé par un tiers, vous nous préciserez les coordonnées de celui-ci. En effet, vous conservez votre droit à recours contre le responsable d'un accident, mais nous pouvons obtenir le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, de prothèses, engagés auprès du responsable de votre accident, jusqu'à concurrence des indemnités que nous avons payées.

#### **La durée de la garantie Renfort Accident Agricole**

La garantie cesse, en dehors des cas normaux de résiliation de l'adhésion, lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans. Cette cessation de garantie s'applique à toutes les personnes bénéficiaires au titre de l'adhésion.



## **B. La garantie Aide Bénévole**

Pour pouvoir choisir cette garantie, au moins un des bénéficiaires doit être affilié au régime des accidents du travail agricole AAEXA.

Cette garantie permet à l'adhérent d'assurer des garanties forfaitaires aux aides bénévoles qui, amenés à intervenir sur l'exploitation agricole, sont victimes d'un accident dans les conditions suivantes.

### **Définition de la personne bénéficiaire :**

Est considérée comme Aide Bénévole, toute personne :

- ne vivant pas sur l'exploitation agricole de l'adhérent,
- n'exerçant pas une profession agricole, même en qualité de travailleur occasionnel,
- prêtant son concours à l'adhérent pour l'exécution de travaux en rapport avec l'exploitation agricole de celui-ci au titre d'une aide bénévole et sans recevoir de rétribution quelconque tant en nature qu'en espèces.

Ces conditions sont cumulatives.

### **L'objet de la garantie Aide Bénévole**

En cas d'accident survenant à l'Aide Bénévole au cours de l'exécution de travaux agricoles effectués dans le cadre de cette aide bénévole, nous lui garantissons le paiement des indemnités forfaitaires suivantes :

- un Capital Décès de 5.000 euros,
- un Capital Invalidité Permanente Totale de 10.000 euros,
- une Indemnité Journalière de 8 euros par jour pendant maximum 300 jours,
- le remboursement de frais médicaux dans la limite de 300 euros.

Ces garanties s'appliquent pour chaque Aide Bénévole accidenté sur l'exploitation.

Les exclusions prévues au paragraphe "Ce qui n'est pas garanti" de la présente notice d'information sont applicables pour les accidents survenant aux aides bénévoles.

En cas de décès accidentel de l'Aide Bénévole âgé de moins de 70 ans, le capital prévu de 5.000 euros est versé, par ordre de préférence :

- au conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps ou au concubin notoire ou à la personne liée par un Pacte Civil de Solidarité,
- à défaut aux enfants ou à leurs descendants,
- à défaut aux ayants droit.

S'il y a plusieurs bénéficiaires, le paiement est effectué par règlement unique, à charge pour les bénéficiaires de répartir le capital.

Le capital est dû, non seulement quand le décès a été immédiat, mais encore lorsqu'il s'est produit comme conséquence de l'accident dans les trois mois qui suivent sa date. Le capital est versé si l'Aide Bénévole est âgé de moins de 70 ans lors de l'accident.

En cas d'infirmité permanente Totale ou Partielle à la suite d'un accident, le capital versé par accident de l'Aide Bénévole, est calculée sur la base du capital garanti de 10.000 euros.

Le taux de l'infirmité Permanente est fixé selon le barème contractuel, et les conditions d'application y afférentes. Le taux d'infirmité est évalué par notre Médecin Conseil au vu du certificat médical de consolidation du médecin traitant de la victime et, éventuellement d'une contre-visite réalisée à notre demande.

Le montant de l'indemnité est déterminé par application du taux d'infirmité au capital maximum.

Le capital n'est pas dû pour tout accident survenant après l'âge de 65 ans.

Les indemnités pour "Décès" et "Infirmité Permanente" ne peuvent se cumuler.

Nous ne pouvons être tenus de prendre en charge les suites et conséquences d'un accident déjà réglé sur les bases de la présente adhésion et pour lequel un justificatif de paiement régulier aura été donné.

L'indemnité journalière pour incapacité temporaire totale à la suite d'un accident :

Si l'Aide Bénévole se trouve dans l'impossibilité absolue d'exercer sa profession à la suite d'un accident survenu en qualité d'Aide Bénévole, nous lui garantissons le paiement d'une indemnité journalière de 8 euros.

Cette indemnité est versée à partir du lendemain du jour de l'accident jusqu'au jour de la guérison, de la reprise du travail ou de la consolidation, et au plus tard jusqu'au 300ème jour d'incapacité inclus.

La garantie cesse d'être due à l'Aide Bénévole lorsqu'il atteint l'âge de 65 ans.

Le remboursement des frais médicaux consécutifs à un accident :

Nous garantissons à l'Aide Bénévole, dans la limite de 300 euros par accident, le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, ainsi que des frais pharmaceutiques engagés sur prescription médicale.

Cette garantie viendra, le cas échéant, en complément des indemnités ou prestations de même nature qui pourraient être versées au titre d'autres contrats d'assurances sans que l'Aide Bénévole puisse percevoir au total un montant supérieur aux débours réels.

## **La durée de la garantie Aide Bénévole**

Les garanties s'exercent pour les accidents survenus aux aides bénévoles sur l'exploitation de l'adhérent pendant la durée de validité de cette garantie.

La garantie cesse de plein droit, en dehors des cas normaux de résiliation de l'adhésion, lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ou lorsqu'il prend sa retraite avant cet âge et n'est plus soumis au régime AAEXA.

Les prestations en cours continuent d'être versées à l'Aide Bénévole dans les limites prévues ci-dessus.

## **L'obtention des prestations**

### Délai de déclaration

Dans les cinq jours ouvrés, à partir du moment où l'adhérent a connaissance de l'accident, il doit nous en aviser par écrit. A défaut, une déchéance lui sera opposée si ce retard nous a causé un préjudice.

### Pièces nécessaires à l'obtention des prestations

Simultanément à la déclaration de l'accident qui précisera :

- les nom, prénom, domicile et profession actuelle de la personne accidentée,
- les circonstances et le lieu de l'accident, le nom du tiers responsable, les noms et adresses des témoins,
- le numéro de l'adhésion,

vous nous ferez parvenir un certificat médical indiquant :

- la nature, le siège des blessures ou lésions constatées sur la personne de l'Aide Bénévole,
- leurs causes et leurs conséquences probables,
- le lieu de l'hospitalisation éventuelle.

Dès qu'il est en votre possession, vous devez nous transmettre un certificat de guérison ou de consolidation spécifiant l'infirmité de caractère permanent qui subsiste.

Si l'Aide Bénévole se trouve, par suite d'accident, dans l'impossibilité absolue d'exercer son activité professionnelle, vous devez nous transmettre dans les cinq jours ouvrés, un certificat médical précisant la durée probable de l'arrêt de travail.

En cas de prolongation d'arrêt de travail, les certificats médicaux de prolongation d'Incapacité Temporaire doivent nous être adressés régulièrement.

### Renseignements complémentaires

Nous pouvons demander des renseignements complémentaires sur l'état de santé de l'Aide Bénévole.

Vous pourrez adresser les renseignements à caractère confidentiel concernant son état de santé directement à notre Médecin Conseil qui, étant lié par le secret professionnel, en prendra seul connaissance et ne transmettra au service intéressé que les éléments nécessaires au traitement du dossier.

### Barème d'indemnisation de la garantie Infirmité Permanente consécutive à un accident de l'Aide Bénévole

S'il est médicalement établi que l'Aide Bénévole est gaucher, les taux indiqués ci-après pour les différentes infirmités sont intervertis.

L'incapacité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou d'un organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.

Les lésions non comprises dans le barème sont indemnisées en proportion de leur gravité, comparée à celle des cas énumérés, sans tenir compte de la profession ou de l'âge de l'Aide Bénévole.

Les maladies nerveuses, les troubles nerveux post-commotionnels et les lésions nerveuses périphériques donnent droit à une indemnité s'ils sont la conséquence directe d'un accident garanti.

Quel que soit le nombre d'infirmités consécutives à un même accident ou leur gravité, l'indemnisation totale ne pourra pas dépasser le capital garanti de 10.000 euros.

## Barème contractuel

### Infirmité Permanente Totale

Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux .....	100 %
Perte de l'usage de deux membres .....	100 %
Aliénation mentale incurable (suite d'accident) .....	100 %

### Infirmité Permanente Partielle

#### Tête

Ablation ou perte totale de la fonction du maxillaire inférieur .....	25 %
Perte totale d'un oeil (avec énucléation) .....	30 %
Perte totale d'un oeil (sans énucléation) .....	25 %
Perte totale de la vision d'un oeil ou réduction de moitié de la vision binoculaire .....	25 %
Perte totale et définitive de l'audition (résultant directement et exclusivement d'un accident) .....	40 %
Brèche osseuse du crâne (superficie de plus de 12 cm <sup>2</sup> ), avec battements et impulsions .....	40 %
Hémiplégie avec contracture - Côté droit .....	70 %
Hémiplégie avec contracture - Côté gauche .....	55 %
Syndrome post commotionnel des traumatisés crâniens (sans signes neurologiques objectifs) .....	5 %

#### Rachis - Thorax

Séquelles de fracture de la colonne vertébrale (sans lésion médullaire) .....	2 à 15 %
Séquelles de fracture de la colonne dorsolombaire :	
- syndrome neurologique, mais cas légers .....	20 %
- cas graves (paraplégie) .....	60 %
Séquelles de fractures multiples de côtes avec déformation thoracique douloureuse et troubles fonctionnels .....	0 à 8 %
Séquelles de fracture de la clavicule :	
- droite .....	0 à 5 %
- gauche .....	0 à 3 %
Néuralgie sciatique (entraînant gêne de la marche) .....	5 à 15 %

#### Membres supérieurs

Droit Gauche	
Perte totale d'un bras (y compris articulation de l'épaule) .....	60 % 50 %
Perte d'une main (y compris articulation du poignet) .....	60 % 50 %
Perte totale des mouvements de l'épaule .....	25 % 20 %
Perte totale des mouvements du coude .....	20 % 15 %
Perte des mouvements du poignet :	
- en position défavorable .....	20 % 15 %
- en position favorable .....	10 % 8 %
Perte totale du pouce et de l'index .....	35 % 25 %
Perte totale de trois doigts (autres que le pouce et l'index) .....	25 % 20 %
Perte du pouce seul :	
- moitié de la première phalange .....	2 % 1 %
- phalange unguéale entière .....	8 % 5 %
- les deux phalanges .....	20 % 17 %
Perte de l'index seul :	
- moitié de la phalange unguéale .....	1 % 1 %
- phalange unguéale entière .....	5 % 3 %
- les deux phalanges terminales .....	8 % 5 %
- les trois phalanges .....	15 % 10 %

#### Membres inférieurs

Amputation de la cuisse au tiers moyen ou perte complète de l'usage d'une jambe :	
- non appareillée .....	50 %
- appareillée .....	25 à 35 %
Perte totale des mouvements d'une hanche .....	30 %
Perte totale des mouvements d'un genou .....	20 %
Séquelles de fracture mal consolidée d'une rotule .....	0 à 20 %
Amputation d'un pied .....	40 %
Perte totale du mouvement du cou-de-pied (en bonne position) .....	15 %
Raccourcissement d'au moins 5 cm d'un membre inférieur .....	20 %
Perte totale du gros orteil .....	8 %
Perte du cinquième orteil, y compris le métatarsien .....	8 %

#### Abdomen

Splénectomie .....	3 à 8 %
--------------------	---------

## **C. La garantie Main d'Œuvre de Remplacement**

Cette garantie ne peut être proposée qu'en complément de la garantie "Aide Bénévole".

Peuvent demander à bénéficier de cette garantie :

- l'adhérent seul, assujéti au régime des accidents du travail et maladies professionnelles AAEXA,
- son conjoint seul, bénéficiaire au titre des garanties « Complémentaire Frais de Soins » et affilié au régime AAEXA,
- l'adhérent et son conjoint s'ils sont tous deux assujétis à l'AAEXA et bénéficiaires en Complémentaire Frais de Soins.

La ou les personnes bénéficiaires, le montant d'indemnité choisi et la durée de versement sont indiqués aux Conditions Particulières.

### **L'objet de la garantie Main d'Œuvre de Remplacement Agricole**

Nous vous garantissons le versement d'une indemnité contractuelle dont le montant est précisé aux Conditions Particulières si, à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, vous êtes reconnu médicalement en incapacité temporaire totale de travail et faites appel à une main d'œuvre extérieure de remplacement salarié.

En complément des exclusions prévues au paragraphe "Ce qui n'est pas garanti" de la présente notice d'information, la garantie n'est pas due pour tout arrêt de travail consécutif à la grossesse, l'accouchement et la maternité.

### **Montant de la garantie**

Lors de l'adhésion à cette garantie, vous avez choisi un montant d'indemnité journalière de 40 euros ou 80 euros par jour de remplacement. Ce montant constitue l'indemnité journalière maximum que nous pourrions être amenés à vous verser, quel que soit le montant de la Main d'Œuvre de Remplacement que vous employez.

### **Départ et durée des prestations**

Lors de chaque arrêt total de travail qui fait l'objet de l'embauche d'un salarié en remplacement de l'agriculteur bénéficiaire, l'indemnité commence à être versée à compter du 6ème jour de remplacement en cas d'accident et du 11ème jour de remplacement en cas de maladie, sous réserve que vous ayez effectivement totalement cessé votre travail pendant cette période.

Cette disposition s'applique pour tout arrêt total de travail, que cet arrêt soit consécutif ou non à une affection déjà indemnisée.

Le départ de l'arrêt de travail est fixé, en cas d'accident, à partir du jour de sa survenance, et en cas de maladie, à la date à laquelle le médecin traitant constate l'incapacité totale de travail.

L'indemnité est versée, selon les modalités ci-dessus, pendant la période correspondant à l'arrêt de travail (le temps où vous suivez un traitement médical et vous soumettez au repos nécessaire à votre guérison) et à l'emploi d'une main d'œuvre de remplacement.

Selon l'option que vous avez choisie et qui est indiquée aux Conditions Particulières, cette somme est payable au maximum 30 jours ou 60 jours par année d'assurance, que la période d'arrêt temporaire total de travail soit unique ou fractionnée.

### **L'entrée en vigueur de la garantie Main d'Œuvre de Remplacement Agricole - Les délais de carence**

La garantie s'exerce pour :

- les accidents survenus après la prise d'effet de l'adhésion à la garantie,
- les arrêts de travail consécutifs à une maladie ou une infirmité dont les manifestations initiales ont été constatés médicalement après un délai de carence de 6 mois. Dans ce cas, la garantie entre en vigueur au terme de ce délai de carence dont le point de départ est la prise d'effet de l'adhésion à la garantie.

En cas d'augmentation du montant de l'indemnité ou du nombre de jours d'indemnisation, le délai de carence de 6 mois pour maladie et infirmité s'applique et le nouveau montant de la garantie et/ou le nouveau nombre de jours d'indemnisation prendront effet à l'expiration d'un nouveau délai de carence de 6 mois débutant à la date d'effet de l'augmentation de la garantie.

### **La durée de la garantie**

La garantie cesse pour chaque bénéficiaire, en dehors des cas normaux de résiliation de l'adhésion, lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ou lorsqu'il prend sa retraite avant cet âge.

Si la garantie est prévue aux conditions particulières pour deux personnes, elle reste en cours pour le bénéficiaire âgé de moins de 65 ans sous réserve du paiement de la prime le concernant. La garantie sera résiliée lorsque les bénéficiaires auront tous atteint l'âge de 65 ans.

## **L'obtention des prestations**

### Délai de déclaration

Dans les 5 jours ouvrés à partir du moment où vous avez connaissance de la maladie ou de l'accident entraînant un arrêt de travail de 5 jours ou plus, vous devez nous en aviser par écrit.

### Justificatifs

Vous nous transmettez dans ce délai de 5 jours ouvrés, un certificat médical détaillé précisant la nature de l'affection ou des blessures qui nécessitent votre arrêt de travail, et la durée probable de l'incapacité.

En cas de prolongation d'arrêt de travail, une attestation médicale justificative doit nous être envoyée dans ce même délai et ce, jusqu'à la reprise de votre activité. La non-observation de cette obligation entraînerait la perte de votre droit à l'indemnité si ce retard nous causait préjudice.

Votre déclaration d'arrêt de travail indiquera :

- le numéro de votre adhésion,
- les nom, prénom et domicile de la personne soignée,
- la nature de la maladie ou des blessures liées à l'accident entraînant l'arrêt de travail,
- éventuellement, le lieu de l'hospitalisation.

De plus, l'indemnité n'étant due qu'en cas de remplacement effectif de l'agriculteur bénéficiaire, vous devez, sous peine de déchéance, nous adresser un justificatif de l'utilisation de main d'œuvre de remplacement salariée, établi par l'Organisme de Travail Temporaire concerné, le Service de Remplacement ou un bulletin de salaire, précisant les jours et heures de travail de ce salarié temporaire.

Le montant de notre indemnisation ne pourra excéder le nombre de jours mentionné aux conditions particulières et le montant des dépenses réellement engagées pour la main d'œuvre de remplacement dans la limite du montant choisi à l'adhésion.

# CHAPITRE 4

## L'ASSISTANCE

Les services décrits ci-dessous sont accordés aux personnes bénéficiaires au titre de la garantie "Complémentaire Frais de Soins", lorsque le niveau de garantie le prévoit et que le service est mentionné sur vos Conditions Particulières.

Dans le cadre de l'Assistance, "vous" signifie l'adhérent désigné aux conditions particulières. Les autres personnes disposant de ce service sont expressément désignées sur vos Conditions Particulières.

L'Assistance suit le sort de la garantie "Complémentaire Frais de Soins". Toutefois, en cas de résiliation de la convention passée entre notre Société et la Société d'Assistance, le service et les prestations en cours cesseront dès l'échéance suivante de votre adhésion.

**AVIVA Assistance met tout en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire lorsqu'il en a le plus besoin. AVIVA Assistance ne peut se substituer à la solidarité de la structure familiale (conjoint, enfants) ainsi qu'aux prestations auxquelles lui donnent droit les organismes sociaux ou services publics. C'est pourquoi les prestations ci-après ont vocation à s'exercer en complément de ces dernières. En tout état de cause, ces prestations ne peuvent être mises en œuvre qu'après l'accord d'AVIVA Assistance qui jugera de la nécessité et de l'opportunité, en fonction du contexte du bénéficiaire au moment de l'évènement garanti, par exemple en prenant contact avec le médecin traitant, si nécessaire. L'assiste ne participe pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative. Les bénéficiaires devront se conformer aux solutions préconisées par l'assiste. En outre, AVIVA Assistance se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement qui conduit le bénéficiaire à solliciter son aide (justificatifs médicaux, certificat de décès, attestation de l'employeur,...). La durée de toute prestation d'assistance sera déterminée par AVIVA Assistance. Les bénéficiaires nous fourniront par ailleurs tous les justificatifs originaux des dépenses autorisées par l'assiste et dont ils demandent le remboursement.**

Nous ne pouvons pas intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence et ne prenons donc pas en charge les frais correspondants.

Les frais éventuels de liaison en taxi sont compris dans les plafonds définis pour chaque prestation.

## **Modalités de mise en œuvre**

Pour bénéficier d'un service d'assistance, contactez AVIVA Assistance aux coordonnées suivantes :

**Par téléphone : 0 825 80 48 48, pris d'un appel local depuis un poste fixe ou 01 41 32 21 56**

**Par télécopie : 01 48 97 12 13**

**Par e-mail : aviva-assistance@aviva.fr**

## **Définitions**

### **Les personnes bénéficiant de la garantie**

- vous-même, Adhérent,
- votre conjoint ou concubin,
- vos enfants fiscalement à charge,
- vos ascendants directs dépendants, résidant en France métropolitaine ou à Monaco et vivant habituellement sous le même toit.

### **Le domicile**

Le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires situé en France métropolitaine ou à Monaco.

### **La maladie**

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

### **L'accident**

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

### **L'hospitalisation imprévue**

Toute hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures en hôpital ou en clinique, consécutive à une maladie ou à un accident, et dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire 5 jours avant son déclenchement.

N'est pas considérée comme imprévue, une hospitalisation liée à une rechute ou une complication d'une maladie ou d'un accident connu.

### **L'immobilisation imprévue**

Maladie ou accident qui entraîne une immobilisation pour des raisons médicalement justifiées ou prouvées et dont l'adhérent n'a pas connaissance dans les 5 jours qui la précède.

En cas d'hospitalisation (prévue ou non) et d'immobilisation (prévue ou non) consécutives, si l'élément déclencheur est le même, la prestation n'est due qu'une seule fois.

### **Maladies graves**

Sont considérées comme maladies graves : les cancers nécessitant des séances de chimiothérapie / radiothérapie, AVC invalidant, Parkinson, Alzheimer, sclérose en plaques.

### **La couverture géographique**

Les prestations s'appliquent en France métropolitaine et à Monaco.

### **La validité de prestation**

La garantie "assistance" est acquise pendant la durée de validité de l'adhésion. Elle arrive à échéance, est renouvelée ou résiliée, à la même date et dans les mêmes conditions que cette adhésion.

## **Prestations d'assistance**

### **A. Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation prévue**

Cette prestation s'applique en cas :

- d'hospitalisation prévue de plus de 2 jours consécutifs, suite à maladie ou accident,
- d'immobilisation prévue pour maladie grave,
- de séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours) pour une complication non liée à la grossesse et à l'accouchement de l'Adhérent ou de son conjoint / concubin.

#### **Aide à domicile**

Si l'état de santé le nécessite, Aviva Assistance organise la mise en œuvre d'une aide à domicile pour effectuer selon le cas du repassage, du ménage et préparer les repas :

- pendant l'hospitalisation,
- dès le retour au domicile du bénéficiaire suite à une hospitalisation, un séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours).

Cette aide s'effectuera à concurrence d'un maximum de 10 heures, par période de 2 heures consécutives minimum. Aviva Assistance interviendra pour une seule hospitalisation ou immobilisation par année civile.

Le nombre d'heures allouées et leurs répartitions dans les 30 jours calendaires suivant l'évènement sont, dans tous les cas, du seul ressort de l'Assistance et uniquement du lundi au samedi de 8 h à 19h.

### **B. Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation imprévue, immobilisation imprévue ou décès**

Les prestations suivantes sont fournies dans les cas suivants :

- immobilisation imprévue au domicile supérieure à 5 jours, suite à maladie ou accident, décès,
  - hospitalisation imprévue de plus de 2 jours consécutifs (portée à plus de 4 jours pour la prestation "Aide à domicile"),
- de l'adhérent ou de son conjoint / concubin.

#### **Garde d'enfants à domicile**

Nous mettons à votre disposition et prenons en charge une assistante maternelle compétente à domicile pour une période de deux jours maximum, entre 8h et 19h.

Pendant cette période, nous nous chargeons le cas échéant, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, deux fois par jour.

Nous organisons également et prenons en charge :

- soit le voyage des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine,
- soit le transport aller et retour du proche jusqu'à votre domicile, pour garder les enfants (transport en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé).

Les prestations de prise en charge d'une assistante maternelle et de prise en charge des enfants par un proche ne se cumulent pas entre elles.

#### **Présence au chevet**

Si personne ne peut rester à votre chevet, nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour en train 1<sup>ère</sup> classe d'une personne de votre choix résidant en France métropolitaine ou à Monaco, afin qu'elle se rende sur votre lieu d'hospitalisation ou à votre domicile.

De même, en cas de décès, si personne ne se trouve sur place pour effectuer les démarches consécutives au décès, nous organisons et prenons en charge le voyage aller et retour en train 1<sup>ère</sup> classe d'un proche désigné par la famille et résidant en France métropolitaine ou à Monaco, pour se rendre sur le lieu du décès.

#### **Garde ou transfert des personnes dépendantes**

Nous organisons et prenons en charge :

- soit la garde de ces personnes dépendantes pendant deux jours, entre 8 h et 19 h,
- soit le coût du transport de ces personnes chez un proche, résidant en France métropolitaine,
- soit le transport aller et retour d'un proche jusqu'à votre domicile, pour garder ces personnes (transport en train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé).

#### **Garde des animaux familiers (chiens et chats)**

Nous organisons leur gardiennage à domicile ou dans un centre agréé dans un rayon de 50 km du domicile, jusqu'à un maximum de 30 jours.



Dès votre appel, nous mettons tout en œuvre pour répondre au plus vite à votre demande. Toutefois, nous nous réservons un délai de 5 heures maximum à partir de l'heure d'ouverture des réseaux de garde.

### **Aide à domicile**

Nous mettons à votre disposition une aide à domicile jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 heures.

La répartition des heures s'effectuera avec un minimum de 2 heures consécutives. Le nombre d'heures allouées et leur répartition dans les 30 jours calendaires suivant l'évènement sont, dans tous les cas, du seul ressort de l'Assistance et uniquement du lundi au samedi de 8 h à 19 h.

Cette prestation s'applique également :

- pour une maternité entraînant une hospitalisation de plus de 8 jours,
- en cas de décès,

dans les 30 jours qui suivent l'évènement.

### **Services à domicile**

A votre demande, nous pouvons apporter conseil et aide dans l'organisation de l'habitat, notamment :

- recherche et mise à disposition du matériel médical prescrit,
  - adaptation de l'habitat au handicap et à la dépendance,
  - services à domicile : coiffure, portage de repas, etc.,
  - matériel informatique.

Les coûts occasionnés restent à votre charge (achat ou location de matériel, livraison,...)

## **C. Assistance médicale au quotidien**

### **Conseil médical**

Nous mettons à votre disposition un service d'information médicale. Cinq fois par an, vous pouvez contacter Aviva Assistance et obtenir dans les 4 heures un contact avec un médecin généraliste et dans les 24 heures un contact avec un spécialiste pour obtenir des informations dans le domaine de la santé.

Ce service s'inscrit dans le cadre de la déontologie médicale. La réponse formulée par le médecin est un conseil pertinent dans le domaine de la santé. L'information ou le conseil délivrés ne sont pas des consultations médicales et ne doivent exonérer ni le médecin ni le patient d'une véritable consultation. Ce service ne constitue en aucun cas un diagnostic ou une prescription.

### **Recherche de personnel médical**

Nous recherchons à votre demande un médecin de garde ou un service d'urgence médicale, une infirmière ou un intervenant paramédical.

Nous pouvons également missionner une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour vous conduire jusqu'à un centre de soins ou d'examen.

Les coûts restent à votre charge.

Nous recherchons également une personne pour :

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

Ces interventions sont facturées au coup par coup.

### **Livraison de médicaments**

Si vous ne pouvez temporairement vous déplacer à la suite d'une maladie non chronique ou d'un accident, nous vous envoyons l'un de nos correspondants pour chercher les médicaments prescrits par votre médecin lors d'une visite.

Le coût des médicaments reste à votre charge.

## **D. Enfant immobilisé suite à une maladie ou une blessure**

### **Garde d'enfants malades à domicile**

La Garde d'Enfants Malades à Domicile est un service vous permettant de continuer à assurer votre activité professionnelle si l'un de vos enfants est malade ou blessé, et a besoin d'une personne à domicile à son chevet.

Nous recherchons et envoyons une personne compétente afin d'assurer cette garde jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 heures.

La répartition des heures de garde s'effectuera avec un minimum de 4 heures consécutives par jour du lundi au samedi de 8h à 19h.

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

### Conditions médicales et administratives

Vous devez nous adresser à chaque demande un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant.

De plus, vous autoriserez la personne qui garde l'enfant à nous joindre par téléphone autant de fois que nécessaire.

### Délai de mise en place

Nous nous réservons un délai maximum de 5 heures à partir de l'heure d'ouverture des réseaux d'assistantes maternelles agréées, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

Pour ce service, sont exclues les maladies :

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

A votre demande, nous mettons à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée, un billet de train aller et retour 1ère classe ou d'avion classe économique (lorsque seul ce moyen peut être utilisé) pour lui permettre de se rendre au chevet de l'enfant, au départ de France métropolitaine.

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

### **Ecole à domicile**

La prestation est fournie en cas de maladie soudaine et non-chronique ou d'accident d'un enfant bénéficiaire ne lui permettant pas de suivre sa scolarité.

A partir du 16ème jour consécutif d'absence scolaire, nous recherchons et envoyons au domicile de l'enfant un répétiteur scolaire afin de lui permettre de poursuivre sa scolarité dans les matières principales.

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

Nous prenons en charge les coûts occasionnés dans la limite de 10 heures par semaine.

Ces cours sont fractionnables en maximum 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine.

Chaque cours sera de 2 heures minimum par jour, par matière ou par répétiteur.

Aviva Assistance intervient jusqu'à 4 semaines par événement et maximum 2 interventions par an, hors vacances scolaires et jours fériés. Elle cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours.

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

Pour demander cette prestation, vous devez adresser à notre équipe médicale un certificat du médecin indiquant la nature de la maladie ou de l'accident. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut se rendre dans son établissement scolaire, et la durée de son immobilisation.

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

La prestation ne s'applique pas :

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

## **E. Informations**

### **Info Santé**

C'est un service d'informations générales animé par notre équipe médicale, destiné à répondre à toute question de nature médicale notamment dans les domaines suivants :

- la santé,
- les vaccinations,
- la mise en forme,
- la diététique,
- la puériculture.

Les médecins peuvent répondre à toutes questions concernant les bénéficiaires. Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

Ce service est conçu pour écouter, informer et orienter, 24h/24, mais il ne peut remplacer le médecin traitant.

Toutefois, le premier réflexe en cas d'urgence médicale doit être d'appeler votre médecin traitant, les pompiers (18) ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à prescription.

## **Problèmes de l'enfance**

Si un enfant est perturbé dans sa scolarité (blocage scolaire, incompatibilité avec un professeur...) ou manifeste un rejet de son environnement social (drogue, fugue, dépression...), les médecins de notre équipe médicale répondent à toutes questions et procurent un conseil pédagogique et psychologique adapté.

## **Appels de convivialité**

Nous sommes présents 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour apporter une écoute attentive, une aide et un réconfort.

## **F. Mobilité professionnelle**

Si vous êtes dans l'incapacité médicalement constatée de conduire pendant une période supérieure à 2 jours, Aviva Assistance met à votre disposition un taxi pour vous rendre ou revenir de votre lieu de travail habituel.

Cette mobilité est assurée pendant la période d'incapacité à conduire dans la limite de 10 trajets (aller ou retour) par incapacité à raison de 2 trajets par jour maximum pendant 10 jours ouvrés consécutifs et de 50 € maximum par trajet.

## **G. Relais téléphonique**

Cette prestation s'applique en cas :

- d'immobilisation imprévue au domicile supérieure à 5 jours,
- d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours consécutifs

du Souscripteur ou de son conjoint / concubin

Et si vos collaborateurs ne peuvent réceptionner les appels reçus à votre siège social. Aviva Assistance prend votre relais, réceptionne les appels de vos clients, fournisseurs et autres interlocuteurs du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00, enregistre l'objet de leur demande et vous transmet par email les messages reçus. Si vous le souhaitez, Aviva Assistance peut communiquer par téléphone aux personnes appelant une information simple quant à l'origine de ce transfert d'appel.

Ce service est mis à disposition pendant 1 semaine.

Les aspects techniques, coûts éventuels de transfert vers la ligne dédiée à ce service restent à votre charge.

## **H. Dispositions générales concernant l'Assistance**

### **Exclusions**

Outre les exclusions précisées dans la présente notice qui régissent l'adhésion, sont exclus :

- les tentatives de suicide,
- les états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement ou d'alcool,
- les accidents liés à la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une Fédération Sportive et pour laquelle une licence est délivrée.

### **Circonstances exceptionnelles**

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations dus à des cas de force majeure, à des interdictions décidées par les autorités locales ou à des grèves.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité de la garantie.

Nous n'intervenons pas si vous avez commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur en France. Les autres dispositions de la présente notice d'information restent applicables.

