

Chère Cliente, Cher Client,

Nous sommes très honorés de la confiance que vous nous témoignez en choisissant notre contrat Complémentaire Frais de Soins.

Assureur Santé de longue date, tout notre savoir-faire et notre expérience seront mis à votre service pour vous permettre de bénéficier de votre contrat dans les meilleures conditions.

Votre contrat se compose des documents suivants :

Les Conditions Générales

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

Les Conditions Particulières

Revêtues de votre signature et de la nôtre, ces Conditions sont dites Particulières car elles personnalisent votre contrat. Elles comportent notamment l'indication des noms du Souscripteur et des personnes assurées par le contrat, de la formule de garantie que vous avez souscrite et des services associés. Ce document est établi sur la base des renseignements que vous avez fournis au moment de la souscription.

* * *

Afin que votre contrat vous protège au mieux, il doit à tout moment être adapté 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. Votre Conseiller adaptera alors votre contrat et sera en mesure de vous apporter toutes les informations relatives à cette nouvelle situation.

Préambule

Dans les présentes Conditions Générales :

- "Souscripteur" désigne la personne signataire du contrat, agissant tant pour elle-même que pour votre compte. Lors de l'établissement d'une proposition d'assurance ou d'un devis, le Souscripteur est désigné par le terme "le Proposant".
- "Vous" désigne toute personne nominativement indiquée aux Conditions Particulières, assurée et bénéficiaire des garanties précisées sur ces Conditions Particulières.
- "Nous" désigne la Société AVIVA ASSURANCES, entreprise régie par le Code des Assurances, société anonyme au capital social de 178 771 908,38 euros, dont le siège est sis 13 rue du Moulin Bailly – 92270 Bois-Colombes, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 306 522 665, titulaire de la marque AMIS.
- "Partie" ou "Parties" désigne le Souscripteur ou la Société d'Assurance ou les deux.
- "le Code" désigne le Code des Assurances.

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

La langue française sera toujours utilisée pendant la durée du contrat.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| I – LEXIQUE | 4 |
| II – L'OBJET DU CONTRAT | 8 |
| III – LA GARANTIE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS | 9 |
| A - L'objet de la garantie | 9 |
| B - Les services..... | 11 |
| C - L'obtention des prestations..... | 12 |
| D – Le Tableau des garanties | 15 |
| VII – L'ASSISTANCE AU QUOTIDIEN | 16 |
| VIII – LA VIE DU CONTRAT | 22 |
| A - L'adhésion au contrat - La déclaration du risque..... | 22 |
| B - La formation et la durée du contrat | 22 |
| C - La déclaration de sinistre..... | 23 |
| D - La résiliation du contrat | 23 |
| E - La suspension de la garantie et des services pendant les périodes militaires et le volontariat pour l'insertion..... | 24 |
| F - Le paiement des cotisations | 24 |
| G - La variation des cotisations et des prestations | 24 |
| H - La révision du tarif | 25 |
| I - La subrogation..... | 25 |
| J - La prescription applicable au contrat..... | 25 |
| IX – DISPOSITIONS GENERALES..... | 26 |
| A – La souscription du contrat en cas de démarchage à domicile..... | 26 |
| B - Le droit de communication et de rectification | 26 |
| C - L'examen des réclamations | 27 |
| D - Le contrôle des assurances..... | 27 |
| E - L'immatriculation des intermédiaires en Assurance | 27 |
| F - La prescription | 27 |

I – Lexique

Accident

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

Maladie

Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.
Les hernies, ruptures ou déchirures musculaires ou tendineuses, lombagos, "tours de reins", synovites, rhumatismes, gelures, insolations et autres effets de la température sont considérés comme maladie.

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.

Traitement

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

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.

Régime Obligatoire

Régime légal de Prévoyance Sociale auquel vous êtes obligatoirement affilié et qui est précisé aux Conditions Particulières.

Base de remboursement 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.

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 1^{er} janvier 2011).

Classification commune des actes médicaux (CCAM)

Nouvelle norme de classification des actes techniques médicaux qui se substituera progressivement à la NGAP.

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 du Régime Obligatoire, ce taux variant dans le cadre du parcours de soins et hors parcours de soins,
- les frais réellement engagés,
- la formule de garantie "Complémentaire Frais de Soins" souscrite.

Catégories 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.

- Médecin signataire du contrat d'accès aux soins (CAS) : il s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires et permet ainsi à son patient d'être mieux remboursé et de limiter son reste à charge. En échange de ce dispositif, le médecin bénéficie de réductions de charge. Les actes concernés sont les consultations, les visites, les actes techniques médicaux, les actes de radiologie, les actes de chirurgie, les actes d'anesthésistes.

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.

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.

Médecin Correspondant

C'est le médecin vers qui votre médecin traitant vous oriente, s'il le juge nécessaire. Le plus souvent, ce médecin est un spécialiste. Avec votre accord, il transmet à votre médecin traitant toutes les informations utiles à la bonne coordination de vos soins.

Accès direct autorisé

Certains médecins peuvent être consultés directement, sans conséquence financière sur les remboursements du Régime Obligatoire. Au 1^{er} janvier 2010, il s'agit des gynécologues et des ophtalmologues.

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 cas d'urgence, éloignement, absence de votre médecin, accès direct autorisé,...

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 1^{er} janvier 2010, elle concerne les consultations de généralistes, de spécialistes, les actes de biologie et de radiologie.

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 01/01/2010),
- 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 de 0,50 € / acte au 01/01/2010),
- les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence (franchise de 2 € / transport au 01/01/2010).

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 01/01/2010, 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.

Contrat responsable

Contrat complémentaire frais de soins répondant aux dispositions du décret 2005-1226 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,
- remboursant les dépassements d'honoraires autorisés dans le cadre du parcours de soins pratiqués par des médecins ayant souscrit l'option de coordination et exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation.

L'Arrêté n°2014-1374 du 18/11/2014 ajoute de nouveaux critères au contrat responsable :

- prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limite de durée,
- limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). (Cf. votre annexe de garantie).
- pour les frais optique, si votre contrat prévoit un remboursement en plus au ticket modérateur, celui-ci se limitera à un équipement (une monture et deux verres tous les deux ans, sauf pour les enfants mineurs ou changement de correction). En fonction de la correction des verres, des montants minimums et maximums s'appliquent. Le remboursement de la monture est également plafonné.

Année d'assurance

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

Avenant au contrat

Modification du contrat et document (nouvelles Conditions Particulières) matérialisant cette modification au contrat d'origine.

Cas fortuit - Cas de force majeure

Cas fortuit : circonstance provoquée uniquement par le hasard et par conséquent imprévue.

Cas de force majeure : événement qu'on ne peut empêcher, auquel on ne peut résister, et dont on n'est pas responsable.

Date de prescription

Date au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Déchéance

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

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. La date correspondante figure sous ce nom aux Conditions Particulières.

Délai de carence

Période pendant laquelle la garantie ne s'applique pas.

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

II – L'objet du contrat

Ce contrat comporte une garantie Complémentaire Frais de Soins et des Services dépendant de la formule que vous avez choisie et de votre Régime Obligatoire d'assurance maladie.
La formule de garantie et les services associés sont précisés aux Conditions Particulières.

Vous pouvez bénéficier :

- d'un service d'assistance aux personnes,
- de services de Tiers-payant (auprès de pharmacies, laboratoires, cabinets radiologiques, opticiens, auxiliaires médicaux, fournisseurs de dispositifs médicaux),
- d'un accord de télétransmission de vos décomptes, selon votre Caisse de Régime Obligatoire, permettant un traitement plus rapide de vos prestations.

Ce contrat Frais de soins est « labellisé » au titre de la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à la protection sociale complémentaire et de leurs agents (décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011).

III – La garantie Complémentaire Frais de Soins

A - 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, 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.

En application de la loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application, le présent contrat est qualifié de « responsable ». Il répond donc au cahier des charges du contrat responsable quant aux garanties et au montant des remboursements.

La définition du « contrat responsable » est indiquée dans le Titre I « Lexique ».

Le niveau de garanties s'entend toujours **dans le cadre du « parcours de soins »**.

1 - 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 soit par an, soit tous les deux ans 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 aux conditions particulières 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.

2 - 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 aux conditions particulières.

◆ Remarque :

Si vous choisissez en cours de contrat une formule supérieure à la formule en cours, les prothèses dentaires seront remboursées pendant les 6 mois suivant le changement de formule sur la base des garanties précédentes.

3 - Ce qui n'est pas garanti par le contrat Complémentaire Frais de Soins

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 assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,
- les frais de voyage et d'hébergement en cas de cure thermale, les frais de séjour climatique à la campagne, à la mer, à la montagne et en colonie sanitaire (sauf en Sanatorium ou en Préventorium),
 - les cures d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication et de thalassothérapie,
- les traitements à visée esthétique, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti ;
 - les traitements psychanalytiques,
 - 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 liposuccion, 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).

4 - Limitations de garantie

- ♦ Le remboursement de la chambre particulière est limité à 30 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 la formule souscrite, sera limité à 50% du montant maximum fixé pour une hospitalisation en France dans un établissement conventionné.

5 - 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 contrat et dans la limite des frais engagés.

B - Les services

1 - Le tiers payant

Selon votre formule de garanties, vous pouvez bénéficier de ce service s'il est mentionné aux Conditions Particulières de votre contrat pour les personnes assurées.

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 indument réglées.

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.

2 - Les accords de transmission 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 la formule souscrite, 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) ainsi que les centres de la Mutualité Fonction Publique.

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 sur votre contrat.

3 - La consultation en ligne de vos remboursements

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

www.amis-assurance.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 de contrat "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.

C - L'obtention des prestations

1 - 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.

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, si vous avez réglé le séjour hospitalier. Toutefois, une prise en charge hospitalière peut vous être fournie, sur votre demande **(a)** ;
- 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 **(b)**.

D'autre part, vous nous transmettez pour le remboursement du **ticket modérateur des prestations de prévention** considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique (article R871-2-II du code de la Sécurité Sociale) : les factures et notes d'honoraires acquittées précisant que l'acte entre dans le cadre de la prévention.

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 garanties décrites aux conditions particulière.

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

(a) 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 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.

Les dépenses personnelles (téléphone, télévision,...) ne sont pas remboursées et restent à votre charge.

(b) 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 ou en nous interrogeant par téléphone, télécopie ou courrier. Le montant de notre accord sera limité à la garantie de votre contrat.

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

2 - 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 de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnité en vous adressant à l'organisme de votre choix.

3 - 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 du contrat.

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, nous pourrions radier l'Assuré du contrat et cette radiation prendra effet dix jours après la notification que nous vous ferons par lettre recommandée. Nous pourrions également résilier le contrat.

4 - Les expertises médicales

Les Médecins délégués par nous doivent pouvoir, sous peine de déchéance de la garantie, avoir libre accès auprès de l'Assuré 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 du 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.

D – Le Tableau des garanties

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, soit par an, soit tous les deux ans et par bénéficiaire en complément du remboursement du Régime Obligatoire.

| | Niveau 1 | Niveau 2 | Niveau 3 | Niveau 4 | Niveau 5 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| SOINS COURANTS ET PHARMACIE | | | | | |
| Consultations, visites, actes techniques médicaux, actes d'imagerie – CAS* | 100% | 100% | 125% | 150% | 200% |
| Consultations, visites, actes techniques médicaux, actes d'imagerie – non CAS* | 100% | 100% | 105% | 130% | 180% |
| Médicaments remboursés à 65% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Médicaments remboursés à 30% et à 15% | --- | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Analyses | 100% | 100% | 125% | 150% | 200% |
| Auxiliaires médicaux | 100% | 100% | 125% | 150% | 200% |
| Transport du malade | 100% | 100% | 125% | 150% | 200% |
| Hospitalisation à domicile | 100% | 100% | 125% | 150% | 200% |
| Appareil auditif + Forfait par an et par assuré | 100% | 100% | 125% | 150% | 200% |
| | --- | + 200 € | + 250 € | + 300 € | + 400 € |
| Orthopédie et autres prothèses | 100% | 100% | 125% | 150% | 200% |
| HOSPITALISATION (y compris maternité) | | | | | |
| En établissement conventionné | | | | | |
| Honoraires – CAS* | 100% | 100% | 125% | 150% | 200% |
| Honoraires – non CAS* | 100% | 100% | 105% | 130% | 180% |
| Frais de séjour | 100% | 100% | 125% | 150% | 200% |
| Forfait journalier hospitalier | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Chambre particulière | 30 € / jour | 50 € / jour | 80 € / jour | 80 € / jour | 80 € / jour |
| Forfait accompagnant Limité à 10 jours / an | --- | 20 € / jour | 30 € / jour | 30 € / jour | 30 € / jour |
| En établissement non conventionné | | | | | |
| Tous postes confondus – CAS* | --- | 100% | 125% | 150% | 200% |
| Tous postes confondus – non CAS* | --- | 100% | 105% | 130% | 180% |
| OPTIQUE (Tous les deux ans et par bénéficiaire) | | | | | |
| Forfait optique tous les deux ans et par assuré : | | | | | |
| - monture, verres simples, lentilles remboursées ou non par le régime obligatoire | 50 € | 100 € | 150 € | 200 € | 250 € |
| Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à : | 75 € | 150 € | 225 € | 300 € | 375 € |
| - monture, verres complexes | 200 € | 200 € | 200 € | 200 € | 250 € |
| Si vous n'avez pas utilisé votre forfait optique deux années, la troisième année, votre forfait sera porté à : | 225 € | 250 € | 275 € | 300 € | 375 € |
| Au sein du forfait, un équipement (1 monture + 2 verres) est garanti tous les 2 ans et le remboursement maximum de la monture est de 150 euros | | | | | |
| Chirurgie laser de l'œil | --- | 100 € | 150 € | 200 € | 250 € |
| DENTAIRE | | | | | |
| Forfait par prothèse dentaire définitive acceptée par le Régime Obligatoire (dont la base de remboursement est > ou = à 64.50 euros) | 50 € | 100 € | 150 € | 200 € | 250 € |
| Dès la troisième année d'assurance, votre forfait par prothèse dentaire sera porté à : | 100 € | 150 € | 200 € | 250 € | 300 € |
| Prothèses remboursées (réparations de prothèses, prothèses dentaires provisoires et autres prothèses dont la base est < à 64.50 euros) | 100% | 100% | 125% | 150% | 200% |
| Consultations et soins dentaires | 100% | 100% | 125% | 150% | 200% |
| Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire | 100 € | 200 € | 300 € | 400 € | 500 € |
| Parodontologie, implantologie et orthodontie non acceptées par le Régime Obligatoire | ---- | 100 € | 150 € | 200 € | 250 € |
| Plafond de remboursements pour les deux premières années, par an et par assuré : | 500 € | 800 € | 1000 € | 1200 € | 1400 € |
| FORFAITS, PREVENTION ET INNOVATIONS | | | | | |
| Médecine douce : ostéopathe, étio-pathe, chiropracteur, podologue Médicaments non remboursés par le Régime Obligatoire : vaccins, homéopathie, pilule contraceptive, sevrage tabagique Prévention : dépistage cancer colon, dépistage papillomavirus, ostéodensitométrie non remboursée | ---- | 50 € | 75 € | 100 € | 150 € |
| Prise en charge de tous les actes de prévention relatifs au contrat responsable | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

*Dans le cadre du contrat responsable, les médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

VII – L'Assistance au Quotidien

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

Dans le cadre de "l'Assistance au Quotidien", "vous" signifie le Souscripteur assuré au contrat. Les autres personnes disposant de ce service sont expressément désignées sur vos Conditions Particulières.

L'Assistance au Quotidien 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 contrat.

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'assistant 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'assistant.

En outre, AVIVA Assistance se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement soudain 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'assistant et dont ils demandent le remboursement.

A – Modalités de mise en œuvre

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

Par téléphone : 0 825 30 33 33 0,15€/mn au 01/01/12 (France métropolitaine uniquement) **ou 01 76 62 73 33**

Par télécopie : 01 48 97 12 13

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

B – Définitions et domaine d'application de la garantie

Les personnes bénéficiant de la garantie

- vous-même, Souscripteur du contrat "Complémentaire Frais de soins",
 - 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 soudaine et imprévisible 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'assuré 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 la garantie

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

C – Exécution des prestations

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.

D – Prestations d'assistance

1 – 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**

du Souscripteur 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 un seul événement par année civile.

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.

2 – Hospitalisation imprévue, immobilisation imprévue au domicile 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"),
du Souscripteur 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^{ère} 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^{ère} 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^{ère} 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^{ère} 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,...).

3 – Assistance médicale au quotidien

◆ 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'examens.

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.

◆ Informations médicales

Sur simple appel téléphonique, l'un de nos médecins :

- répond à toute question d'ordre médical ou diététique,
- indique, en accord avec le médecin traitant, les types de cures correspondant à votre état de santé et recherche les centres spécialisés en France,
- recherche et indique les établissements médicaux spécialisés pouvant vous recevoir si vous souffrez d'un handicap, **sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué vous recevra.**

◆ 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.

4 – 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 1^{ère} classe ou d'avion classe économique (lorsque seul ce moyen peut être utilisé) pour lui permettre de se rendre au chevet de l'enfant, 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 16^{ème} jour 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.

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

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 du contrat,**
- **lorsque l'enfant est atteint d'une maladie préexistante diagnostiquée et/ou traitée, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.**

5 – 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.

E – Dispositions générales concernant l'Assistance au Quotidien

1 – Exclusions

Outre les exclusions précisées dans les Conditions Générales qui régissent le contrat, 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.

2 – 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 des Conditions Générales restent applicables.

VIII – La vie du contrat

A - L'adhésion au contrat - La déclaration du risque

La garantie "Complémentaire Frais de Soins" doit couvrir l'intégralité des membres de la famille. **La même formule doit être souscrite par chacun d'entre vous.**

Toute demande de changement de formule de garantie doit être faite par le Souscripteur. La modification prendra effet à la date anniversaire du contrat.

Avant la conclusion du contrat, le Proposant a été informé des prix et des garanties et a reçu un extrait des Conditions Générales ou les Conditions Générales elles-mêmes régissant le contrat et valant « notice d'information ».

En cours de contrat, 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, à l'exception des déclarations relatives à l'état de santé.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

- votre changement de domicile. A défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux.
De plus, le tarif étant fonction du domicile du Souscripteur (sa résidence principale), le défaut d'information de ce changement de résidence principale est considéré comme une aggravation des circonstances du risque.
- un changement de profession ou de vos activités professionnelles entraînant un changement de votre Régime Obligatoire.
- la souscription d'autres contrats de même nature couvrant tout ou partie des mêmes risques.

Lorsque la modification constitue une aggravation des circonstances (sauf en matière d'état de santé), nous vous proposons une nouvelle cotisation. Si le Souscripteur ne donne pas suite à notre proposition ou refuse le nouveau montant dans les 30 jours, nous pourrions résilier le contrat 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 le contrat, la résiliation prenant effet 30 jours après.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, 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, à savoir :

- la nullité du contrat si le caractère intentionnel est démontré (art. L.113-8 dudit code)
- la réduction proportionnelle de l'indemnité en cas de sinistre si le caractère intentionnel n'est pas démontré, ou la résiliation de votre contrat sous 10 jours si l'omission ou l'inexactitude de la déclaration est constatée avant sinistre (art. L. 113-9 dudit code).

B - La formation et la durée du contrat

Le contrat est parfait dès qu'il y a accord entre les parties.

Il produit ses effets à compter de la date fixée aux Conditions Particulières.

Il est souscrit pour un an, avec tacite reconduction d'année en année, sauf résiliation demandée par lettre recommandée envoyée par le Souscripteur **deux mois au moins avant la date anniversaire de sa prise d'effet** (cachet de la poste faisant foi).

C - La déclaration de sinistre

Les modalités de déclaration de sinistre sont précisées aux paragraphes « L'obtention des garanties ».

Les sanctions :

- Absence ou retard de déclaration (Art. L113-2)

Lorsque vous ne respectez pas les délais, **vous perdez vos droits à la garantie**, sauf cas de force majeure, **si nous établissons que ce retard nous a causé un préjudice**.

- Mauvaise foi ou tentative de tromperie

Si, à l'occasion de la déclaration d'un sinistre, **nous établissons votre mauvaise foi ou une tentative de tromperie** portant notamment sur la date, la nature, les circonstances, les causes ou conséquences de l'évènement, **vous perdez votre droit à la garantie**.

D - La résiliation du contrat

En dehors de la date normale de résiliation, le contrat peut être résilié :

• **Par le Souscripteur :**

- en cas de diminution des circonstances de la garantie, si nous refusons de réduire la cotisation en conséquence (L 113-4),
- lorsque nous résilions un autre de ses contrats après sinistre (R 113-10),
- en cas de révision du tarif,
- au cas où l'un de vous cesserait de bénéficier d'un régime maladie obligatoire français. La résiliation est alors limitée à cette personne,
- dans un délai de 20 jours à compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance principale (conformément à l'article L 113-15-1).

• **Par nous :**

- en cas de non-paiement des cotisations (L 113-3),
- en cas d'aggravation des circonstances de la garantie si vous n'acceptez pas le nouveau tarif (L 113-4),
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration à l'adhésion ou en cours de contrat (L 113-9),
- 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 dix jours après la notification qui vous est adressée par lettre recommandée.

• **Par chacune des parties :**

- si le contrat a été souscrit au profit d'un enfant mineur seul assuré, lorsque celui-ci atteint sa majorité.

• **De plein droit :**

- en cas de retrait total de notre agrément (R 326-1),
- en cas de décès du Souscripteur.

La résiliation doit toujours être faite par lettre recommandée.

Lorsque la résiliation du contrat 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).

Conséquences de la résiliation du contrat 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 le contrat vient à expiration ou est résilié soit par le Souscripteur, soit par nous.

E - La suspension de la garantie et des services pendant les périodes militaires et le volontariat pour l'insertion

Hormis le cas de non-paiement des cotisations, les effets de votre contrat ne peuvent être suspendus qu'en cas de périodes militaires d'une durée supérieure à 30 jours ou lorsque vous êtes « volontaire pour l'insertion » en application du code du service national (art. L130-4).

Le paiement de la cotisation, des prestations et des services est alors interrompu en ce qui concerne l'assuré. La portion de cotisation non absorbée, pour la période comprise entre la date de suspension et la date de la prochaine échéance, sera imputée sur celle due lors de la remise en vigueur du contrat.

F - Le paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance. Elles sont annuelles, mais à la demande du Souscripteur, 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 adresser au Souscripteur, à son 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 le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus, par notification faite au Souscripteur, 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.

Conséquences de la suspension du contrat pour non-paiement des cotisations sur le droit aux prestations

La suspension des garanties et des services pour non-paiement de la cotisation entraîne pour chacun d'entre vous 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.

G - La variation des cotisations et des prestations

La cotisation de la Complémentaire Frais de Soins

En début d'assurance, la cotisation correspondant à la formule choisie est fixée en fonction de votre âge à la prise d'effet de l'adhésion et du lieu du domicile du Souscripteur, le domicile étant considéré comme la résidence principale du Souscripteur.

Conformément à l'article 4 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, une majoration de cotisation sera demandée aux agents et retraités adhérents tardivement au contrat Complémentaire Frais de Soins. Cette majoration sera de 2% par an pour toute année non cotisée postérieurement à l'âge de 30 ans à un contrat « solidaire ». L'assuré devra fournir au moment de la souscription (conformément à l'article 2 du même arrêté) le justificatif transmis par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit un contrat de référence.

En cours d'assurance, la cotisation varie, pour chaque assuré, d'un pourcentage par âge, à chaque échéance principale du contrat suivant votre anniversaire.

La cotisation peut varier en cas de changement de domicile du Souscripteur, dès la prochaine échéance principale suivant cette modification, lorsqu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

Les cotisations évoluent également à chaque échéance principale du contrat 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 désigné aux fins de définir un nouvel indice de variation des cotisations pour l'avenir.

D'autre part, si les prestations allouées par votre Régime Obligatoire viennent à être modifiées, nous pourrions revoir la cotisation en conséquence à partir de l'échéance qui suit immédiatement cette modification.

Les prestations

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

H - La révision du tarif

Une évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules peuvent nous amener à changer les conditions tarifaires.

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

Dans cette hypothèse de majoration de la cotisation, vous pourrez résilier le contrat dans les trente jours suivant la date à laquelle vous aurez eu connaissance de cette modification, la résiliation intervenant un mois après sa notification. Le Souscripteur nous versera 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.

I - La subrogation

Vous conservez votre droit de 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. L 121-12 du Code).

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

J - La prescription applicable au contrat

Votre contrat est soumis aux dispositions suivantes du Code des Assurances :

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

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

2- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. »

Article L114-2 du Code : « - La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L114-3 du Code : « (...) les parties aux contrats d'assurance, même d'un accord commun, ne peuvent ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celles-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.

IX – Dispositions générales

A – La souscription du 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 :

AMIS
Service Production Santé
TSA 91974
92895 NANTERRE cedex 9

Le courrier de renonciation doit être rédigé comme suit :

"Je soussigné,, demande à renoncer à la souscription du contrat Complémentaire Frais de Soins, faite leauprès d'Aviva Assurances. En conséquence, le contrat sera résilié 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 » 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.

C - L'examen des réclamations

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel. 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.fr

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 - Le contrôle des assurances

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est :
L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
Services des relations avec les assurés
61, rue Taitbout - 75009 Paris

E - L'immatriculation des intermédiaires en Assurance

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

L'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS)
1 rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09
www.orias.fr

F - 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, nonobstant 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.