

Garanties Santhia

Extrait des Conditions Générales n°30598-0409 du contrat Santé SANTHIA proposé par AVIVA ASSURANCES, siège social : 13 rue du Moulin Bailly – 92271 BOIS-COLOMBES cedex – Entreprise régie par le code des Assurances – 306 522 665 RCS NANTERRE, titulaire de la marque AMIS, aux personnes assujetties à un Régime Obligatoire d'assurance maladie.

Ce document est un résumé du contrat. Les Conditions Générales et l'annexe descriptive des garanties seront transmises avec les Conditions Particulières.

L'OBJET DU CONTRAT - LES GARANTIES ET SERVICES

Ce contrat comporte une garantie Complémentaire Frais de Soins dépendant de la formule que vous avez choisie et des packs optionnels.

- Les **formules 1 à 7** vous garantissent le remboursement de vos dépenses de santé consécutives à une maladie, un accident ou une maternité, en complément des prestations versées par votre Régime Obligatoire et sous réserve de l'intervention de ce Régime Obligatoire.

Votre contrat étant "responsable", les garanties et le montant des remboursements répondent au cahier des charges fixé par le décret 2005.1226. Ainsi, la contribution forfaitaire retenue par votre régime obligatoire et les franchises médicales restent à votre charge.

Dans certaines formules, des forfaits sont prévus : "optique", "maternité ou adoption", "cure thermique" ou "frais d'obsèques" (versé jusqu'à ce que l'Assuré atteigne 70 ans).

Vous pouvez également disposer de services en fonction des formules : une assistance au quotidien ; des accords de transmission de données informatiques avec les Caisses d'Assurance Maladie, vous évitant de nous transmettre vos décomptes du Régime Obligatoire ; le tiers payant pharmaceutique, laboratoire, radiologique, soins externes (dans les départements signataires), optique et hospitalisation.

- Le **pack optionnel « optique et dentaire »** complète les remboursements de la garantie de base et permet de bénéficier d'une garantie « bien-être » pour les dépenses de vaccins, homéopathie, bilan diététique, actes de chiropracteurs, étiothérapeutes et d'ostéopates, non remboursés par votre Régime Obligatoire.

- Le **pack optionnel « assistance hospitalière »** vous garantit le versement d'une allocation quotidienne de 15 euros par jour, après une franchise de 3 jours ou dès le 1^{er} jour d'hospitalisation, selon l'option choisie, en cas d'hospitalisation consécutive à une maladie, une maternité ou à un accident. L'allocation peut être versée pendant 365 jours maximum d'hospitalisation, toutes pathologies confondues.

- Le **pack optionnel « homme clé accident »** destiné aux travailleurs non salariés garantit à l'entreprise le paiement d'une indemnité en cas d'arrêt total de travail de l'homme clé suite à accident, permettant de couvrir les frais supplémentaires d'exploitation nécessaires à la poursuite de l'activité : frais de sous-traitance, emploi d'un remplaçant, heures supplémentaires du personnel, ... L'indemnité est due à partir du 7^{ème} jour d'arrêt de l'homme clé et au maximum pendant 90 jours continus d'arrêt de travail.

L'homme clé peut être le TNS, son conjoint collaborateur, ou un salarié nominativement désigné aux conditions particulières et travaillant depuis au moins un an dans l'entreprise.

Le détail des garanties est précisé dans le devis joint, aux conditions générales et dans l'annexe descriptive des formules frais de soins.

Les prestations exprimées en euros ne varient pas pendant la durée du contrat.

LA PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

• La garantie complémentaire frais de soins et les packs optique et dentaire s'exercent pour

. les soins qui sont consécutifs à un accident, une maladie, une infirmité, une maternité lorsqu'ils sont effectués après la prise d'effet de l'adhésion au contrat.

. les hospitalisations pour accident si la date d'entrée dans l'établissement hospitalier est postérieure à la date de prise d'effet du l'adhésion.

. les hospitalisations pour maladie et maternité, lorsqu'elles interviennent 3 mois au moins après la prise d'effet de l'adhésion.

. le forfait « frais d'obsèques » est versé lorsque la personne décédée est assurée au contrat depuis au moins 6 mois. Toutefois, en cas de décès accidentel, le forfait est versé sans délai de carence.

• La garantie assistance hospitalière s'exerce pour les hospitalisations consécutives à un accident survenu après la prise d'effet de l'adhésion au pack. Les hospitalisations pour maladie, maternité et infirmité sont garanties après l'expiration d'un délai de carence de 3 mois.

• Le pack « homme clé accident » s'exerce si l'accident à l'origine de l'arrêt de travail a lieu après la prise d'effet de l'adhésion au pack.

LES PAYS DANS LESQUELS LES GARANTIES S'APPLIQUENT

Vous êtes garanti pour les frais médicaux et chirurgicaux prescrits et engagés dans le Monde Entier, ainsi que pour les hospitalisations survenues à l'étranger sous réserve du remboursement de votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français.

Le pack « homme clé accident » donne lieu à indemnisation pour les accidents survenus à l'étranger, entraînant une hospitalisation et pendant la durée de cette hospitalisation.

Pour tout séjour à l'étranger supérieur à deux mois continus, nous consulter.

LES CAS DANS LESQUELS NOUS N'INTERVENONS PAS

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, ainsi que pour le forfait obsèques :

• les conséquences de l'éthylisme aigu ou chronique de l'assuré, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non-prescrits, la mutilation volontaire, le suicide ou la tentative de suicide,

• les traitements à visée esthétique (sauf ceux consécutifs à un accident garanti), les cures de thalassothérapie, d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication,

• les traitements psychanalytiques, les séjours psychopédagogiques, pédagogiques, à visée diététique ou de rééducation alimentaire, les séjours en centre, service ou établissement dits de longs séjours, de gérontologie, de gériatrie,

• les interventions chirurgicales à visée reconstructrice, esthétique ou plastique, 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 et hypotrophie mammaires, ainsi que les interventions comportant une lipectomie, une liposuction, une liposuction, une liposculpture, une plastie abdominale,

• les différentes étapes de la procréation médicalement assistée, les traitements, hospitalisations et interventions chirurgicales pour les troubles de l'identité sexuelle,

• les frais de voyage et d'hébergement en cas de cure thermique, les frais de séjour climatique à la campagne, à la mer, à la montagne et en colonie sanitaire.

• les maladies ou accidents résultant de la guerre civile ou étrangère, de la participation active à des actes de terrorisme, sabotage, émeute, mouvement populaire, grève, participation à une rixe (sauf légitime défense), de la désintégration du noyau atomique,

• les accidents ou maladies survenant à l'occasion de la pratique d'un sport à titre professionnel, de certains sports aériens, de la participation en tant que concurrent à des courses, matchs, compétitions avec usage de véhicules quelconques ou d'embarcations à moteur.

En plus de ces exclusions, la garantie « assistance hospitalière » n'intervient jamais pour les séjours en centres, services ou établissements psychiatriques et psychopédagogiques, de convalescence, de repos, de soins de suite et de réadaptation.

En plus des exclusions ci-dessus, la garantie « homme clé » n'intervient pas pour :

. 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 l'assuré : diabète, troubles mentaux, épilepsie, paralysie, ictus, maladies de la moelle épinière, cécité, surdité, maladies cardio-vasculaires,

. les accidents occasionnés par l'état d'ivresse de l'assuré, 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 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 les entraînements et essais préparatoires.

LIMITATIONS DE GARANTIE DE LA COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS

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

• En cas d'hospitalisation à l'étranger, le séjour et les honoraires sont remboursés comme une hospitalisation dans un établissement français non conventionné.

LA DECLARATION DU RISQUE

Le contrat est établi d'après vos déclarations à l'adhésion, sachant que le Proposant doit répondre exactement, sous peine de sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances, à toutes les questions concernant chaque personne demandant son adhésion.

En cours de contrat, vous devez nous préciser toute circonstance nouvelle, particulièrement tout changement de domicile (résidence principale), tout changement de Régime Obligatoire et la souscription de contrat identique.

QUE FAIRE EN CAS DE MALADIE, D'ACCIDENT, D'HOSPITALISATION ?

Toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent nous être remises 3 mois au plus tard après la fin du traitement.

En cas d'accident, il est nécessaire d'indiquer la nature de l'accident, les circonstances et le lieu de celui-ci, ses causes et conséquences probables, le nom du tiers responsable, les noms et adresses des témoins.

Pour obtenir les remboursements frais de soins, vous nous adresserez les décomptes originaux établis par votre Régime Obligatoire (si vous ne bénéficiez pas du service de transmission des données), la facture de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires du chirurgien.

Le numéro de votre contrat sera inscrit au dos de toute pièce. Lorsque vous bénéficiez déjà d'un contrat de même nature, vous nous en aviserez.

Notre Médecin Conseil doit pouvoir constater votre état de santé, si nécessaire, et vous demander des renseignements complémentaires.

Si la formule choisie le prévoit :

- Le forfait "maternité ou adoption", versé si la mère de l'enfant est garantie par le contrat depuis au moins 9 mois, est réglé sur présentation du bulletin de naissance de l'enfant.

En cas d'adoption, ce forfait est versé sur justificatif de l'adoption, si la mère est assurée depuis au moins un an.

- Le forfait "cure thermale" est alloué au vu des décomptes relatifs à la cure.
- Le forfait "optique" (verres, montures, lentilles) est versé sur présentation de la facture détaillée établie par l'opticien. Le montant est un maximum par an et par assuré.
- Le forfait "frais d'obsèques", versé lorsque l'assuré est âgé de moins de 70 ans, est réglé au membre de la famille qui a engagé les frais funéraires, au vu d'un certificat médical de constatation du décès, d'une photocopie de la carte nationale d'identité ou du livret de famille de la personne décédée et de la facture des frais funéraires.

Votre contrat étant qualifié de « responsable », nous prenons en charge le ticket modérateur de deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et dont la liste a été fixée par arrêté ministériel (cf. annexe des garanties).

Si vous avez souscrit le pack « assistance hospitalière », nous vous réglons l'allocation quotidienne dès que nous avons connaissance de votre hospitalisation. Vous nous transmettez une pièce justificative de votre hospitalisation, précisant les dates d'entrée et de sortie prévisible.

Si vous avez souscrit le pack « homme clé accident », vous devrez nous adresser un certificat médical d'arrêt de travail de l'homme clé et les justificatifs des frais engagés pour faire face à l'absence de l'homme clé : facture de la société d'intérim, frais de sous-traitance, justificatifs des heures supplémentaires du personnel, ... Nous pourrions vous demander des renseignements complémentaires.

VOTRE CONTRAT

Il produit tous ses effets à compter de la date fixée aux Conditions Particulières. Il est souscrit pour une durée de un an renouvelable par tacite reconduction.

Vous pouvez résilier votre contrat chaque année par lettre recommandée envoyée au moins 3 mois avant la date anniversaire de prise d'effet du contrat.

La garantie complémentaire frais de soins est viagère dès votre adhésion. Nous ne pouvons résilier votre contrat que pour non paiement de cotisation ou fausse déclaration.

Les services peuvent cesser en cas de rupture des accords passés avec les différents organismes concernés.

Le pack assistance hospitalière et le pack « homme clé accident » peuvent être résiliés par l'assureur dans les deux premières années d'assurance. Ils cessent ensuite de plein droit à 70 ans pour l'assistance hospitalière, à 65 ans pour la garantie « homme clé ».

Les autres cas de résiliation du contrat sont précisés aux Conditions Générales.

LA COTISATION

La cotisation est annuelle et payable d'avance mais peut être fractionnée. Votre cotisation est calculée selon votre âge à l'adhésion et, pour la « complémentaire frais de soins », selon votre lieu de domicile (résidence principale).

Le non paiement de la cotisation entraîne la suspension de l'adhésion 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, puis la résiliation du contrat.

La cotisation de la garantie complémentaire frais de soins est majorée chaque année à l'échéance principale pour tenir compte du changement d'âge. De plus, la cotisation varie chaque année en fonction de la moyenne arithmétique des taux d'accroissement annuels de la consommation médicale totale. Elle peut aussi être modifiée, en cours d'année d'assurance, en cas de changement dans la législation des Régimes Obligatoires ou de modifications des prestations versées par votre Régime Obligatoire.

La cotisation des packs varie lorsque l'assuré atteint l'âge de 18 ans. La cotisation peut être modifiée si la résidence principale est fixée dans un autre département, à l'échéance principale suivante.

La révision de tarif : Nous pouvons modifier le tarif en fonction des résultats techniques. Le souscripteur peut refuser ces nouvelles conditions dans les trente jours suivant la date à laquelle il en a eu connaissance, et demander la résiliation du contrat qui interviendra un mois après sa notification. Le souscripteur versera la portion de cotisation due sur la base du tarif précédent au prorata.

LA SUBROGATION

Si vos frais médicaux et chirurgicaux, l'arrêt de travail de l'homme clé, sont consécutifs à un accident causé par un tiers, vous nous en informerez, nous permettant ainsi d'exercer notre recours contre cette personne ou son assureur.

LA PRESCRIPTION

Toute action dérivant de ce contrat est prescrite deux ans après l'événement qui lui donne naissance.

DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION

Vous avez fourni des informations nominatives pour permettre la gestion et l'exécution de votre contrat. L'absence de fourniture de certaines d'entre elles pourrait empêcher la bonne réalisation du traitement considéré.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage d'AVIVA, de ses mandataires, de ses réassureurs ou des organismes professionnels.

Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au Service Relations Clients OCLI - 13 rue du Moulin Bailly - 92271 BOIS COLOMBES Cedex.

Sauf opposition de votre part à cette même adresse, nous nous réservons la possibilité de transmettre à des partenaires commerciaux tout ou partie des informations vous concernant.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

En cas de désaccord avec nos services, vous pouvez adresser votre réclamation à notre siège social, au Service Relations Clients. E-mail : ocli_serv@aviva.fr

CONTROLE DES ASSURANCES

L'autorité chargée du contrôle des assurances est :

l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM)
61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

SOUSCRIPTION DANS LE CADRE DE LA VENTE A DISTANCE

Le Proposant peut renoncer à son adhésion dans les 14 jours qui suivent, soit le jour de la signature de sa demande d'adhésion, soit le jour de réception des Conditions Particulières du contrat.

Il suffit d'adresser une lettre recommandée avec avis de réception demandant la renonciation au contrat, à AVIVA ASSURANCES-AMIS - Centre Santé de Production - Le Grand Prado - 20 allées Turçat Méry - 13295 MARSEILLE CEDEX 08

Ce courrier de renonciation doit être rédigé comme suit :

« Je soussigné, demande à renoncer à ma demande d'adhésion faite auprès d'AVIVA ASSURANCES le et à recevoir le remboursement total de la cotisation déjà versée ».

Le remboursement est effectué dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée.

En cas d'exercice du droit de renonciation, toutes les garanties cessent automatiquement à la date d'envoi de la lettre recommandée par le Proposant.

Il est entendu que le droit de renonciation peut être exercé si aucune prestation n'a été demandée au titre du contrat.