

TITRE I

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Article 1 : définition – modifications – information

Le présent règlement « HOSPICONFORT », (ci-après désigné le « Règlement »), qui a valeur de contrat, définit :

- les garanties en cas d'hospitalisation assurées par Tutélaire, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 682 164, dont le siège social est 157 avenue de France – 75013 Paris.
- les garanties d'assistance assurées par Ressources Mutuelles Assistance (ci-après désignée « l'Assisteur »), union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682, dont le siège social est 46 rue du Moulin - CS 92443 - 44120 Vertou.

Ce Règlement est modifiable par le conseil d'administration de la mutuelle dans le respect des règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles fixées par l'assemblée générale, conformément aux dispositions prévues à l'article 34 des statuts.

Les modifications du présent Règlement et des statuts de Tutélaire sont portées à la connaissance du membre participant ou honoraire. Leur notification peut prendre la forme d'une parution dans l'organe officiel de Tutélaire. Toute modification des prestations définies au bulletin d'adhésion et des montants de cotisations fait l'objet d'une notification au membre participant ou honoraire. Sauf stipulations contraires prévues dans la suite du présent Règlement et sous réserve des dispositions prévues au 3^e alinéa de l'article 13 du présent Règlement, toutes les modifications notifiées s'appliquent à l'ensemble des contrats en cours dès leur notification.

Article 2 : acceptation des statuts et du règlement

Dans le respect des conditions définies aux articles 5 et 6 des statuts, la souscription du contrat HOSPICONFORT vaut adhésion individuelle à Tutélaire et emporte acceptation desdits statuts et du présent Règlement par le membre participant.

Article 3 : objet – garanties principales – garanties optionnelles

Sous réserve des conditions qu'il prévoit, le Règlement HOSPICONFORT a pour objet :

- le versement aux membres participants et leurs ayants droit d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation au titre de garanties principales ou optionnelles, plus amplement définies aux articles 25 et 26 du présent Règlement HOSPICONFORT,
- le bénéfice de garanties d'assistance, plus amplement définies à l'annexe 4 du présent Règlement soit au document intitulé « Garanties d'assistance du Règlement HOSPICONFORT-Notice d'information ».

Garanties principales :

- hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie y compris l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire,
- assistance.

Garanties optionnelles :

- hospitalisation complète en soins de suite ou de réadaptation.
- hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie.
- hospitalisation partielle en soins de suite ou de réadaptation.

Article 4 : groupes de membres participants

Les membres participants se répartissent en 2 groupes :

- 1^{er} groupe : les personnes physiques âgées de 16 ans et plus ayant souscrit un contrat HOSPICONFORT en leur nom propre ;
- 2^e groupe : les enfants de membre participant du 1^{er} groupe tel que défini ci-dessus, âgés de moins de 27 ans et n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée.

Article 5 : changement de groupe

Le membre participant du 2^e groupe s'engage à signaler immédiatement à la mutuelle toute modification de nature professionnelle susceptible de provoquer son rattachement au

1^{er} groupe. Le membre participant du 2^e groupe qui atteint l'âge de 27 ans est rattaché d'office au 1^{er} groupe.

La date d'effet du rattachement d'un membre participant du 2^e groupe au 1^{er} groupe est :

- la première date de renouvellement du contrat suivant le signalement de la modification de nature professionnelle justifiant le changement de groupe, si ce signalement intervient avant l'âge de 27 ans ;
- la première date de renouvellement du contrat suivant le 27^e anniversaire du membre participant, en cas de rattachement d'office.

Article 6 : changement d'adresse

Le membre participant s'engage à informer la mutuelle de tout changement définitif d'adresse.

La mutuelle ne saurait être tenue pour responsable, à l'égard du membre participant, d'un quelconque préjudice qui découlerait du non-respect de cette disposition.

Article 7 : prise d'effet du contrat – durée – reconduction

Sous réserve d'acceptation de l'adhésion du membre participant par Tutélaire, le contrat HOSPICONFORT prend effet au 1^{er} jour du mois suivant sa signature. La date de signature d'un contrat HOSPICONFORT adressé par courrier est appréciée au jour de son expédition, cachet de la poste faisant foi.

Le contrat HOSPICONFORT est souscrit pour une durée d'un an à compter de sa date de prise d'effet. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction.

Article 8 : droit de renonciation

Le membre participant a la faculté de renoncer à son contrat HOSPICONFORT dans les 30 jours calendaires suivant sa date de prise d'effet, par écrit :

- soit par lettre recommandée avec avis de réception à :

Tutélaire
HOSPICONFORT
157 avenue de France
75013 Paris

- soit par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à :

contact@tutelaire.fr

Toute cotisation perçue par la mutuelle sera remboursée au membre participant au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre de renonciation rédigée selon le modèle ci-dessous :

Je soussigné(e) « Prénom, NOM », déclare renoncer au contrat HOSPICONFORT n°..... souscrit le et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la cotisation versée, soit..... €.

Fait à le..... « Signature ».

En cas de renonciation, les garanties prennent fin rétroactivement à la date de réception de la lettre de renonciation.

Article 9 : prise d'effet des garanties – délai d'attente

La prise d'effet des garanties en cas d'hospitalisation énumérées à l'article 3 :

- coïncide avec la prise d'effet du contrat, en cas d'hospitalisation consécutive à un accident survenu après la date de prise d'effet du contrat ;
- est différée par application d'un délai d'attente de trois mois à compter de la date de prise d'effet du contrat, en cas d'hospitalisation consécutive à une maladie.

Il est précisé que les garanties énumérées à l'article 3 ne prennent effet que si la date d'admission en hospitalisation est postérieure à la date d'effet des garanties.

La prise d'effet des garanties d'assistance énumérées à l'article 3 coïncide avec la prise d'effet du contrat HOSPICONFORT.

Article 10 : niveau d'indemnisation

Lors de la souscription du contrat HOSPICONFORT, le membre participant choisit, au titre de la garantie principale hospitalisation définie à l'article 3, un niveau d'indemnisation parmi ceux figurant en annexe 1. Ce choix n'est modifiable qu'à l'occasion du renouvellement du contrat sous réserve que le membre

participant en exprime la volonté, par la signature d'un avenant, au moins un mois avant la date de renouvellement.

Les délais d'attente définis à l'article 9 s'appliquent aux avenants visant à l'augmentation du niveau d'indemnisation. L'indemnisation des sinistres survenant durant ces délais d'attente s'effectue au niveau en vigueur antérieurement à la date de prise d'effet de l'avenant.

Article 11 : souscription des garanties optionnelles

Lors de la souscription du contrat HOSPICONFORT, le membre participant a la faculté de souscrire aux garanties optionnelles définies à l'article 3. Il dispose également de cette faculté à l'occasion du renouvellement du contrat, sous réserve qu'il en exprime la volonté, par la signature d'un avenant, au moins un mois avant la date de renouvellement.

La souscription à la garantie optionnelle hospitalisation partielle en soins de suite ou de réadaptation est subordonnée à la souscription aux deux garanties optionnelles hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et hospitalisation complète en soins de suite ou de réadaptation.

Les délais d'attente définis à l'article 9 s'appliquent aux avenants visant à la souscription des garanties optionnelles.

Le niveau d'indemnisation défini à l'article 10 s'applique uniformément à la garantie principale et aux garanties optionnelles.

Article 12 : cotisation – périodicité – modalités de paiement

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle.

La cotisation est due à compter de la date de prise d'effet du contrat HOSPICONFORT. Payable d'avance, elle est appelée globalement pour l'ensemble des garanties et intègre les cotisations spéciales destinées aux organismes supérieurs ou techniques auxquels la mutuelle est affiliée.

Le paiement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique sur un compte bancaire sans que le montant de ce prélèvement puisse être inférieur à 20 euros.

Dans le respect de l'alinéa précédent, la cotisation est réglée annuellement ou par fractions semestrielles, trimestrielles ou mensuelles. Selon que la cotisation est réglée annuellement ou par fractions semestrielles, trimestrielles ou mensuelles, la date d'échéance s'établit respectivement au 1^{er} jour de l'année, du semestre, du trimestre ou du mois qui suit la dernière période acquittée.

Article 13 : montant de la cotisation

La cotisation annuelle est déterminée, pour chacun des groupes définis à l'article 4, conformément au tableau figurant en annexe 2 pour les garanties d'hospitalisation et en annexe 4.2 pour les garanties d'assistance, en fonction des garanties souscrites, du niveau d'indemnisation et de l'âge atteint par le membre participant à la date de souscription des garanties.

L'âge atteint est obtenu par différence de millésimes entre l'année de calcul de la cotisation et l'année de naissance.

L'année de calcul correspond à l'année de prise d'effet du contrat ou de ses avenants.

Sous réserve que le membre participant ne modifie pas son contrat HOSPICONFORT par avenant ou que la mutuelle ne procède pas à une révision de tarif telle que définie à l'article 14, la cotisation reste fixe sur toute la durée du contrat.

Article 14 : révision de tarif

En application de l'article 1, la mutuelle se réserve le droit de procéder à une révision des montants de cotisations figurant en annexe 2 pour les garanties d'hospitalisation et en annexe 4.2 pour les garanties d'assistance, à des fins de sauvegarde de l'équilibre des contrats HOSPICONFORT, notamment en cas d'évolution de la réglementation applicable auxdits contrats.

Article 15 : dispositions particulières

Le membre participant du 2^e groupe qui devient orphelin de père et de mère est exonéré de cotisation et conserve, aussi longtemps qu'il remplit les conditions d'affectation dans ce groupe, le bénéfice de son contrat HOSPICONFORT.

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations en cas de mobilisation ou de captivité dans le cadre d'un conflit militaire. Durant cette période, il demeure inscrit dans les registres de la mutuelle, mais ne peut prétendre au service des prestations.

Le membre participant qui a été mobilisé ou retenu en captivité recouvre de plein droit, dès son retour, le bénéfice de son contrat HOSPICONFORT.

Article 16 : résiliation

Le membre participant peut résilier à tout moment son contrat HOSPICONFORT ou l'une des garanties optionnelles seulement, indépendamment de la date d'envoi de chaque avis d'échéance annuel de cotisation en adressant par lettre par voie électronique ou tout autre support durable sa demande au siège de la mutuelle.

La demande de résiliation emporte résiliation de l'ensemble des garanties souscrites du contrat HOSPICONFORT à défaut de précision contraire.

La demande de résiliation des garanties principales (hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie y compris l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire ou assistance) entraîne nécessairement la résiliation de l'intégralité du contrat.

La demande de résiliation de la garantie optionnelle « hospitalisation complète en soins de suite ou de réadaptation » ou de la garantie optionnelle « hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie » entraîne nécessairement la résiliation de la garantie optionnelle « hospitalisation partielle en soins de suite ou de réadaptation ».

La résiliation prend effet le lendemain de la date d'envoi de la demande figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret, sauf si le membre participant précise une date d'effet ultérieure.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, la mutuelle est en droit d'exiger son règlement dans un délai de trente jours, en adressant une mise en demeure au membre participant.

Si le membre participant n'a pas satisfait à cette mise en demeure, Tutélaire procède à la suspension des garanties. La résiliation du contrat HOSPICONFORT peut intervenir dix jours après l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent. La résiliation ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées, en dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Article 17 : réservé

Article 18 : bénéficiaires des prestations

Sauf stipulations contraires prévues dans la suite du présent Règlement, le bénéficiaire des prestations versées dans le cadre des garanties énumérées à l'article 3 est :

- pour les membres participants du 1^{er} groupe, le membre participant lui-même et ses héritiers en cas de décès du membre participant ;
- pour les membres participants du 2^e groupe, soit le représentant légal, soit le membre participant lui-même sous réserve qu'il soit majeur, soit ses héritiers en cas de décès du membre participant.

Article 19 : pièces justificatives – contrôles

Le membre participant est tenu de fournir les pièces justificatives nécessaires à l'attribution des prestations. Il doit également se soumettre aux contrôles organisés par Tutélaire.

Des notes techniques traitant de la mise en œuvre de ces obligations sont disponibles sur simple demande du membre participant.

Au titre des garanties en cas d'hospitalisation, l'ensemble de ces pièces justificatives est à adresser à Tutélaire – Service adhérents – 157 avenue de France, 75013, Paris. Le membre participant a la possibilité d'adresser ses pièces justificatives par courriel à : contact@tutelaire.fr.

En cas d'inobservation de ces obligations, la mutuelle se réserve le droit de suspendre tout ou partie des garanties souscrites par le membre participant.

Au titre des garanties d'assistance, il convient de se référer à l'annexe 4 du présent Règlement soit au document intitulé « Garanties d'assistance du Règlement HOSPICONFORT- Notice d'information ».

Article 20 : prestations dues aux héritiers

Sauf stipulations contraires prévues dans la suite du présent règlement, en cas de décès du membre participant, les prestations restantes dues sont versées à ses héritiers. Ces derniers sont tenus de produire un certificat établissant leurs droits et, plus généralement, toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

Article 21 : fausse déclaration

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de son affiliation.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, et conformément aux dispositions des articles L. 221-14 et L. 223-25 du Code de la mutualité, les garanties contractuelles accordées au membre participant par la mutuelle sont nulles (sous réserve de la mention erronée de l'âge du membre participant dans les limites posées par la loi). Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle de la part du membre participant, dès lors que la mauvaise foi n'est pas établie et conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, les garanties contractuelles accordées ne sont pas nulles et peuvent être maintenues ou réduites par la mutuelle selon les modalités envisagées par l'article précité.

Article 22 : exclusions

Les prestations sont servies sous réserve des exclusions suivantes, en cas d'hospitalisation consécutive à un accident résultant d'un des cas suivants :

- fait de guerre civile, étrangère, insurrection ;
- fait intentionnellement provoqué par le membre participant, notamment rixe, s'il est prouvé qu'il a été l'agresseur, ou encore acte de terrorisme ou de sabotage auquel le membre participant a participé de manière directe ou indirecte ;
- pratique d'une activité au moyen d'un engin non certifié, non homologué ou d'un engin piloté par une personne non certifiée ;
- vol sur un appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- participation à des paris, défis ou tentatives de record ;
- acte effectué sous l'emprise de l'alcool, de drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement.

Concernant les exclusions liées aux garanties d'assistance, il convient de se référer à l'annexe 4 du présent Règlement soit au document intitulé « Garanties d'assistance du Règlement HOSPICONFORT- Notice d'information ».

Article 23 : suspension des opérations en cas de guerre ou d'épidémie

En cas de guerre ou d'épidémie, Tutélaire se réserve le droit de suspendre ses opérations ou de prendre toutes mesures qu'elle jugera utiles en vue de remplir équitablement et le plus libéralement possible les obligations contractées par elle envers ses membres participants.

Article 24 : subrogation

Tutélaire est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'étend aux ayants droit et aux bénéficiaires du membre participant. Elle s'exerce dans la limite des dépenses que Tutélaire a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par Tutélaire n'indemnisent ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

**TITRE II
GARANTIE HOSPITALISATION**

Article 25 : champ de la garantie - définitions

Tutélaire garantit au membre participant le versement d'une indemnité journalière :

- Au titre de la garantie principale, en cas d'hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique ou psychiatrie ou en cas d'hospitalisation en chirurgie ambulatoire.
- Au titre de la garantie optionnelle :
 - en cas d'hospitalisation complète en établissement, service ou unité de soins de suite ou de réadaptation,
 - en cas d'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique ou psychiatrie,
 - en cas d'hospitalisation partielle en établissement, service ou unité de soins de suite ou de réadaptation.

Définitions :

- **L'hospitalisation en chirurgie ambulatoire** est caractérisée par une admission, une prise en charge et une sortie dans la même journée. Ce type d'hospitalisation n'entraîne donc aucun hébergement. Durant cette journée, il est pratiqué un acte chirurgical.
- **L'hospitalisation complète** est l'hospitalisation durant laquelle le patient est admis à l'hôpital pour une durée d'ouverture journalière supérieure à douze heures.
- **L'hospitalisation à temps partiel ou séances de soins** consiste en une hospitalisation sur une durée d'ouverture journalière inférieure ou égale à douze heures. Il peut s'agir d'examens, de surveillance médicale (psychiatrie), de réadaptation, de séances de dialyse, etc.

Toute indemnisation au titre de la garantie optionnelle hospitalisation complète en soins de suite ou de réadaptation est subordonnée à une indemnisation préalable au titre de la garantie principale hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie y compris l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire.

Toute indemnisation au titre de la garantie optionnelle hospitalisation partielle en soins de suite ou de réadaptation est subordonnée à une indemnisation préalable soit de la garantie principale hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie y compris l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire, soit de la garantie optionnelle hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie.

Article 26 : risques non couverts

Sont exclues du contrat HOSPICONFORT les hospitalisations :

- en établissements, services ou unités de soins de longue durée ;
- résultant d'accidents survenus avant la date de prise d'effet du contrat HOSPICONFORT ;
- en rapport avec une des affections de longue durée définies en annexe 3.1 du présent règlement ou avec une invalidité dont les critères de reconnaissance sont définis en annexe 3.2 du présent règlement, dès lors que la date de reconnaissance de cette affection de longue durée ou de cette invalidité est antérieure à la souscription.

Article 27 : hospitalisations à domicile

Sous réserve des dispositions prévues aux articles 25 et 26, les hospitalisations à domicile, telles que définies par les textes en vigueur, sont considérées comme étant effectuées en établissement et ouvrent droit à indemnisation.

Article 28 : montant de l'indemnité

Durant toute la période d'hospitalisation, Tutélaire verse une indemnité journalière dont le montant dépend du niveau d'indemnisation choisi par le membre participant conformément aux dispositions prévues à l'article 10.

À la réception de l'ensemble des pièces réclamées, le versement de l'indemnité sera servi dans un délai de 15 jours ouvrés.

**TITRE III
GARANTIES ASSISTANCE**

Article 29 : bénéficiaires des garanties d'assistance et prise d'effet des garanties

Peut prétendre aux garanties d'assistance le membre participant.

Les garanties d'assistance prennent effet à la date de prise d'effet du contrat HOSPICONFORT. Concernant leurs durée, renouvellement et résiliation, elles suivent le sort des garanties en cas d'hospitalisation dans les termes du **Titre I** du présent Règlement.

Article 30 : couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

• au domicile* tel que défini à l'annexe 4 du présent Règlement soit au document intitulé « Garanties d'assistance du Règlement HOSPICONFORT- Notice d'information ».

• pour tout déplacement** en France ou dans les DROM* (au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour la prestation "Transfert médical").

** Pour les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale, est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.*

*** Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.*

Article 31 : faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis à l'annexe 4 du présent Règlement soit au document intitulé « Garanties d'assistance du Règlement HOSPICONFORT- Notice d'information » :

- une immobilisation,
- une hospitalisation,
- une maladie, un accident ou une blessure.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire la mise en place de prestations d'assistance qui correspondent le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées à l'annexe 4 du présent Règlement soit au document intitulé « Garanties d'assistance du Règlement HOSPICONFORT- Notice d'information ».

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées à l'annexe 4 du présent Règlement soit au document intitulé « Garanties d'assistance du Règlement HOSPICONFORT- Notice d'information ».

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

Article 32 : modalités de mise en œuvre

**POUR CONTACTER L'ASSISTEUR
SANS INTERRUPTION,
24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7**

Par téléphone :

N°Cristal 09 69 39 08 42

APPEL NON SURTAXE

**Pour le Bénéficiaire résidant dans
les DROM, ou appelant de l'étranger :**

Par téléphone : **00 33 9 69 39 08 42**

**Pour toute transmission de documents
médicaux uniquement, merci de les adresser à :**

medecinconseil@vyv-es.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro de Membre Participant,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre 1^{er} appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : appelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Une fois cette demande effectuée, et dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation, afin d'assurer au Bénéficiaire l'accès aux prestations dès son retour à domicile, il doit contacter l'Assisteur dès confirmation de sa date de sortie effective. Si cette date devait être décalée le Bénéficiaire doit en avertir immédiatement l'Assisteur afin de différer les prestations prévues initialement.

Pour le conseil, le transfert médical, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Au-delà de ces délais (20 jours et/ou 48 heures comme mentionnés ci-dessus), l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

Article 33 : prise d'effet des prestations

Les prestations au titre des garanties d'assistance prennent effet dès la prise d'effet du contrat HOSPICONFORT.

Les garanties d'assistance suivent le sort du contrat HOSPICONFORT souscrit par le membre participant auprès de Tutélaire aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

Article 34 : prestations d'assistance

Les prestations d'assistance comprennent :

- prestations d'écoute et accompagnement personnalisés ;
- information juridique ;
- conseils et informations médicales ;
- accompagnement psycho-social ;
- prestations d'assistance en cas d'hospitalisation, d'immobilisation :
 - en cas d'immobilisation imprévue au domicile :
 - > acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses,
 - en cas d'hospitalisation en ambulatoire, ou d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours :
 - > aide à domicile,
 - > prestations de bien-être et de soutien,
 - > garde d'enfants ou petit-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge) pendant 5 jours maximum, à raison de 8h par jour pendant ou après l'hospitalisation ou l'immobilisation,
 - > garde des personnes dépendantes (si le membre participant en a la responsabilité car vivant sous le même toit) pendant 5 jours maximum, à raison de 8h par jour pendant ou après l'hospitalisation ou l'immobilisation,
 - > garde des animaux de compagnie (dans la limite de 30 jours, et de l'enveloppe budgétaire de 300 €),
 - > mise en place d'un dispositif de téléassistance et des frais d'abonnement (maximum 30 €/mois pendant 3 mois),
 - > présence d'un proche au chevet (prise en charge du transport A/R d'un proche jusqu'au domicile de l'adhérent ou du lieu d'hospitalisation, résidant en France, ou à l'intérieur du même département pour les DROM).
 - en cas de maladie ou blessure d'un enfant de moins de 16 ans :
 - > organisation et prise en charge d'une garde d'enfants à domicile,
 - > organisation de l'école à domicile en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à domicile ou à l'hôpital.
 - en cas d'hospitalisation imprévue suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile en France ou dans les DROM :
 - > conseil médical délivré par l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur au membre participant malade ou blessé au cours d'un déplacement,
 - > transfert médical en application du conseil médical de l'Assisteur avec proposition de prescriptions ou prestations médicales,
 - > retour des accompagnants lorsque le membre participant est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'Assisteur propose l'organisation et la prise en charge du transport des proches se déplaçant avec le membre participant jusqu'au domicile.
 - en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile en France ou dans les DROM :
 - > Déplacement et hébergement d'un proche (organisation et prise en charge du transport A/R d'un proche pour se rendre au chevet du bénéficiaire).

• accompagnement spécifique en cas de décès :

- enregistrement et respect des volontés,
- organisation des obsèques,
- accompagnement psycho-social.

Les prestations sont plus amplement décrites à l'annexe 4 du présent Règlement soit au document intitulé « Garanties d'assistance du Règlement HOSPICONFORT - Notice d'information ».

Article 35 : informations légales

Les garanties d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur », union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682, dont le siège social est 46 rue du Moulin - CS 92443 - 44120 Vertou.

Les informations de ce titre étant incomplètes, il est nécessaire de se référer à l'annexe 4 du présent Règlement soit au document intitulé « Garanties d'assistance du Règlement HOSPICONFORT- Notice d'information » de Ressources Mutuelles Assistance qui présente en détail ces prestations ainsi que leurs conditions.

TITRE IV ACTION SOCIALE

Article 36 : aide pécuniaire

En cas de graves difficultés financières générées par la maladie, le handicap, un bouleversement familial, une catastrophe naturelle, la mutuelle peut, sur avis de la commission d'action sociale ou de la commission nationale telles qu'elles sont définies à l'article 79 des statuts, verser au membre participant une aide pécuniaire non remboursable.

Article 37 : allocation obsèques

En cas de décès d'un enfant de moins de 18 ans, ou d'un enfant reconnu handicapé quel que soit son âge, la mutuelle peut verser au membre participant, de manière discrétionnaire, une allocation obsèques.

Article 38 : accompagnement d'un enfant reconnu handicapé à charge

La mutuelle peut attribuer, de manière discrétionnaire, au membre participant retraité des chèques emploi-service universels (CESU) gratuits dans le cadre de l'accompagnement d'un enfant reconnu handicapé à charge.

TITRE V DIFFICULTÉS RELATIVES À L'EXÉCUTION DU PRÉSENT RÈGLEMENT

Article 39 : prescription

Conformément aux articles L. 221-11, L. 221-12 et L. 221-12-1 du Code de la mutualité, toutes les actions relatives aux garanties non-vie 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
2. en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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.

Article 40 : réclamations

Toute réclamation relative à l'exécution du présent règlement doit être formulée par écrit et adressée :

- soit par courrier à :
Tutelaire
Service réclamations
157 avenue de France
75013 Paris
- soit par courriel à :
reclamations@tutelaire.fr

Sauf circonstances particulières, Tutelaire s'engage à répondre au réclamant dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Article 41 : médiation

Toute réclamation non résolue à l'amiable ou par voie de médiation relative au bulletin d'adhésion ou au présent règlement sera de la compétence exclusive des tribunaux civils dont dépend le siège de la mutuelle.

Au préalable, et après épuisement du processus interne de règlement amiable des réclamations, le membre participant, le cas échéant son représentant légal ou ses ayants droit, pourront avoir recours aux services du médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF). Le médiateur peut être saisi :

- soit par courrier à l'adresse suivante :
Monsieur le médiateur fédéral
255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15
- soit sur le site internet du Médiateur :
https://www.mediateur-mutualite.fr/

Le recours à la médiation n'est pas possible lorsqu'une action contentieuse a été engagée.

TITRE VI

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Article 42 : protection des données personnelles

Les informations personnelles et nominatives concernant les membres participants et leurs ayants droit collectées par la mutuelle sont traitées par Tutelaire en tant que responsable de traitement dont le Délégué à la protection des données personnelles peut être contacté à l'adresse suivante : dpo@tutelaire.fr.

À ce titre, ce dernier s'engage à respecter la réglementation applicable à la protection des données à caractère personnel, telle qu'issue notamment (i) de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et de ses textes d'application, et (ii) du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement et du Conseil du 27 avril 2016 (« RGPD »).

Les données à caractère personnel collectées font l'objet d'un traitement ayant pour finalités la gestion et l'exécution du contrat, la gestion du risque et la réalisation d'opérations de prospection commerciale.

Ces traitements ont pour base légale :

- le consentement des membres participants et leurs ayants droit en matière de prospection commerciale. Quel que soit le canal de communication utilisé pour réaliser l'opération de prospection commerciale, ces derniers auront toujours la possibilité de s'opposer facilement et gratuitement à cette prospection.

- l'exécution du contrat pour les autres finalités précitées.

À défaut pour les membres participants et leurs ayants droit de fournir leurs données à caractère personnel, le présent contrat ne pourra prendre effet.

Ces données à caractère personnel sont couvertes par le secret professionnel. Toutefois, elles pourront être communiquées, dans le respect des finalités susmentionnées, à des sous-traitants, prestataires, mandataires et réassureurs, en vue de l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Elles pourront également être transmises, à leur demande, aux auditeurs de la mutuelle, à son Autorité de contrôle ainsi qu'aux autorités administratives ou judiciaires, étant précisé qu'aucun transfert de ces données n'a lieu en dehors de l'Espace Economique Européen.

Les données collectées sont conservées pendant la durée du contrat, et au-delà, pendant la durée de la prescription applicable selon les cas, conformément notamment aux dispositions du Code des assurances, du Code de la sécurité sociale, du Code de la mutualité et du Code civil.

En application de la réglementation applicable, les membres participants et leurs ayants droit peuvent exercer leurs droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de limitation du traitement s'agissant de toute donnée à caractère personnel qui figurerait dans les fichiers de la mutuelle ou, le cas échéant, des tiers listés ci-dessus, en adressant un email à l'adresse suivante donneespersonnelles@tutelaire.fr ou par courrier simple, accompagné d'une copie recto/verso de la carte d'identité en cours de validité ainsi qu'en précisant l'adresse à laquelle la réponse de Tutelaire doit parvenir, au siège de la mutuelle (Tutelaire – 157 avenue de France – 75013 Paris).

Les membres participants et leurs ayants droit ont la possibilité de se voir transmettre l'ensemble de leurs données personnelles dans un format structuré dans le cas où ils souhaiteraient les transmettre à un autre responsable de traitement ainsi que du droit de demander à ce que leurs données ne soient plus soumises au traitement décrit.

Les ayants droit peuvent également, à tout moment, modifier ou révoquer les directives fixées par les membres participants relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Les membres participants et leurs ayants droit ont également la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (« CNIL ») (www.cnil.fr).

Recueil et traitement de données de santé dans le cas de la gestion d'un sinistre :

Tutelaire sera amenée à collecter, traiter et conserver les données de santé des membres participants et leurs ayants droit dans le respect des règles de confidentialité.

Ces traitements seront réalisés sur la base de l'exécution du contrat étant entendu que ces données de santé sont nécessaires aux fins de gestion du sinistre.

Pour garantir la confidentialité et le respect du secret médical, ces données de santé sont exclusivement destinées aux services de la mutuelle en charge de la gestion de leurs contrats, personnes internes ou externes habilitées spécifiquement et ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale ni transférées hors de l'Espace Economique Européen.

Les membres participants et leurs ayants droit peuvent (i) exercer leurs droits s'agissant des données de santé qui figureraient dans les fichiers de la mutuelle ou, le cas échéant, des tiers listés ci-dessus ; (ii) se voir transmettre l'ensemble dans leurs données personnelles dans un format structuré ; (iii) introduire une réclamation auprès de la CNIL, dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus.

TITRE VII

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Article 43 : Autorité de contrôle

L'Autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Annexe 1

INDEMNITÉ JOURNALIÈRE

Niveau d'indemnisation	Indemnité journalière
1	15 €
2	30 €
3	45 €

COTISATION ANNUELLE AU TITRE DES GARANTIES D'HOSPITALISATION

1^{ER} GROUPE

âge	niveau 1				niveau 2				niveau 3			
	GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES			GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES			GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES		
	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation
16 ans	21,00 €	9,00 €	10,68 €	1,92 €	36,00 €	12,00 €	21,36 €	3,84 €	51,00 €	18,00 €	32,04 €	5,76 €
17 ans	21,00 €	9,00 €	10,80 €	1,92 €	36,00 €	12,00 €	21,60 €	3,84 €	51,00 €	18,00 €	32,40 €	5,76 €
18 ans	21,00 €	9,00 €	10,92 €	1,92 €	36,00 €	12,00 €	21,84 €	3,84 €	51,00 €	18,00 €	32,76 €	5,76 €
19 ans	21,00 €	9,00 €	11,04 €	1,92 €	39,00 €	15,00 €	22,08 €	3,84 €	54,00 €	18,00 €	33,12 €	5,76 €
20 ans	21,00 €	9,00 €	11,16 €	1,92 €	39,00 €	15,00 €	22,32 €	3,84 €	54,00 €	18,00 €	33,48 €	5,76 €
21 ans	24,00 €	9,00 €	11,16 €	2,04 €	42,00 €	15,00 €	22,32 €	4,08 €	57,00 €	21,00 €	33,48 €	6,12 €
22 ans	24,00 €	9,00 €	11,28 €	2,04 €	42,00 €	15,00 €	22,56 €	4,08 €	57,00 €	21,00 €	33,84 €	6,12 €
23 ans	24,00 €	9,00 €	11,40 €	1,92 €	42,00 €	15,00 €	22,80 €	3,84 €	60,00 €	21,00 €	34,20 €	5,76 €
24 ans	24,00 €	9,00 €	11,52 €	1,92 €	42,00 €	15,00 €	23,04 €	3,84 €	60,00 €	21,00 €	34,56 €	5,76 €
25 ans	24,00 €	9,00 €	11,52 €	2,04 €	45,00 €	15,00 €	23,04 €	4,08 €	63,00 €	21,00 €	34,56 €	6,12 €
26 ans	27,00 €	9,00 €	11,64 €	2,04 €	45,00 €	15,00 €	23,28 €	4,08 €	66,00 €	24,00 €	34,92 €	6,12 €
27 ans	27,00 €	9,00 €	11,76 €	2,04 €	48,00 €	18,00 €	23,52 €	4,08 €	66,00 €	24,00 €	35,28 €	6,12 €
28 ans	27,00 €	9,00 €	11,88 €	2,04 €	48,00 €	18,00 €	23,76 €	4,08 €	69,00 €	24,00 €	35,64 €	6,12 €
29 ans	27,00 €	9,00 €	12,00 €	2,04 €	51,00 €	18,00 €	24,00 €	4,08 €	69,00 €	24,00 €	36,00 €	6,12 €
30 ans	30,00 €	12,00 €	12,12 €	2,16 €	51,00 €	18,00 €	24,24 €	4,32 €	72,00 €	24,00 €	36,36 €	6,48 €
31 ans	30,00 €	12,00 €	12,24 €	2,16 €	54,00 €	18,00 €	24,48 €	4,32 €	75,00 €	27,00 €	36,72 €	6,48 €
32 ans	30,00 €	12,00 €	12,36 €	2,16 €	54,00 €	18,00 €	24,72 €	4,32 €	78,00 €	27,00 €	37,08 €	6,48 €
33 ans	30,00 €	12,00 €	12,48 €	2,16 €	57,00 €	21,00 €	24,96 €	4,32 €	81,00 €	27,00 €	37,44 €	6,48 €
34 ans	33,00 €	12,00 €	12,60 €	2,16 €	57,00 €	21,00 €	25,20 €	4,32 €	81,00 €	27,00 €	37,80 €	6,48 €
35 ans	33,00 €	12,00 €	12,72 €	2,28 €	60,00 €	21,00 €	25,44 €	4,56 €	84,00 €	27,00 €	38,16 €	6,84 €
36 ans	33,00 €	12,00 €	12,84 €	2,28 €	63,00 €	21,00 €	25,68 €	4,56 €	87,00 €	30,00 €	38,52 €	6,84 €
37 ans	36,00 €	12,00 €	13,08 €	2,28 €	66,00 €	24,00 €	26,16 €	4,56 €	90,00 €	30,00 €	39,24 €	6,84 €
38 ans	36,00 €	12,00 €	13,20 €	2,28 €	66,00 €	24,00 €	26,40 €	4,56 €	93,00 €	33,00 €	39,60 €	6,84 €
39 ans	39,00 €	15,00 €	13,32 €	2,40 €	69,00 €	24,00 €	26,64 €	4,80 €	96,00 €	33,00 €	39,96 €	7,20 €
40 ans	39,00 €	15,00 €	13,56 €	2,28 €	72,00 €	24,00 €	27,12 €	4,56 €	99,00 €	33,00 €	40,68 €	6,84 €
41 ans	39,00 €	15,00 €	13,56 €	2,52 €	72,00 €	24,00 €	27,12 €	5,04 €	102,00 €	33,00 €	40,68 €	7,56 €
42 ans	42,00 €	15,00 €	13,56 €	2,52 €	75,00 €	27,00 €	27,12 €	5,04 €	108,00 €	36,00 €	40,68 €	7,56 €
43 ans	42,00 €	15,00 €	13,56 €	2,52 €	78,00 €	27,00 €	27,12 €	5,04 €	111,00 €	36,00 €	40,68 €	7,56 €
44 ans	45,00 €	15,00 €	13,68 €	2,52 €	81,00 €	27,00 €	27,36 €	5,04 €	114,00 €	39,00 €	41,04 €	7,56 €
45 ans	45,00 €	15,00 €	13,68 €	2,52 €	84,00 €	27,00 €	27,36 €	5,04 €	117,00 €	39,00 €	41,04 €	7,56 €
46 ans	48,00 €	18,00 €	13,68 €	2,52 €	87,00 €	30,00 €	27,36 €	5,04 €	120,00 €	42,00 €	41,04 €	7,56 €
47 ans	48,00 €	18,00 €	13,68 €	2,52 €	90,00 €	30,00 €	27,36 €	5,04 €	126,00 €	42,00 €	41,04 €	7,56 €
48 ans	51,00 €	18,00 €	13,68 €	2,64 €	93,00 €	33,00 €	27,36 €	5,28 €	129,00 €	45,00 €	41,04 €	7,92 €
49 ans	51,00 €	18,00 €	13,80 €	2,52 €	96,00 €	33,00 €	27,60 €	5,04 €	132,00 €	45,00 €	41,40 €	7,56 €
50 ans	54,00 €	18,00 €	13,80 €	2,52 €	99,00 €	33,00 €	27,60 €	5,04 €	138,00 €	48,00 €	41,40 €	7,56 €
51 ans	54,00 €	18,00 €	13,80 €	2,52 €	102,00 €	33,00 €	27,60 €	5,04 €	141,00 €	48,00 €	41,40 €	7,56 €
52 ans	57,00 €	21,00 €	13,92 €	2,52 €	105,00 €	36,00 €	27,84 €	5,04 €	147,00 €	51,00 €	41,76 €	7,56 €
53 ans	60,00 €	21,00 €	13,92 €	2,52 €	108,00 €	36,00 €	27,84 €	5,04 €	153,00 €	51,00 €	41,76 €	7,56 €
54 ans	60,00 €	21,00 €	13,92 €	2,64 €	111,00 €	36,00 €	27,84 €	5,28 €	156,00 €	51,00 €	41,76 €	7,92 €
55 ans	63,00 €	21,00 €	14,04 €	2,52 €	114,00 €	39,00 €	28,08 €	5,04 €	162,00 €	54,00 €	42,12 €	7,56 €
56 ans	66,00 €	24,00 €	14,04 €	2,52 €	120,00 €	42,00 €	28,08 €	5,04 €	168,00 €	57,00 €	42,12 €	7,56 €
57 ans	66,00 €	24,00 €	14,04 €	2,64 €	123,00 €	42,00 €	28,08 €	5,28 €	174,00 €	57,00 €	42,12 €	7,92 €
58 ans	69,00 €	24,00 €	14,16 €	2,52 €	129,00 €	45,00 €	28,32 €	5,04 €	180,00 €	60,00 €	42,48 €	7,56 €
59 ans	72,00 €	24,00 €	14,16 €	2,64 €	132,00 €	45,00 €	28,32 €	5,28 €	186,00 €	63,00 €	42,48 €	7,92 €
60 ans	75,00 €	27,00 €	14,28 €	2,52 €	138,00 €	48,00 €	28,56 €	5,04 €	195,00 €	66,00 €	42,84 €	7,56 €
61 ans	78,00 €	27,00 €	14,28 €	2,64 €	141,00 €	48,00 €	28,56 €	5,28 €	201,00 €	66,00 €	42,84 €	7,92 €
62 ans	81,00 €	27,00 €	14,40 €	2,52 €	147,00 €	51,00 €	28,80 €	5,04 €	207,00 €	69,00 €	43,20 €	7,56 €
63 ans	84,00 €	27,00 €	14,40 €	2,64 €	153,00 €	51,00 €	28,80 €	5,28 €	216,00 €	72,00 €	43,20 €	7,92 €
64 ans	87,00 €	30,00 €	14,52 €	2,64 €	159,00 €	54,00 €	29,04 €	5,28 €	225,00 €	75,00 €	43,56 €	7,92 €
65 ans	90,00 €	30,00 €	14,64 €	2,64 €	165,00 €	57,00 €	29,28 €	5,28 €	234,00 €	78,00 €	43,92 €	7,92 €
66 ans	93,00 €	33,00 €	14,64 €	2,64 €	171,00 €	57,00 €	29,28 €	5,28 €	243,00 €	81,00 €	43,92 €	7,92 €
67 ans	96,00 €	33,00 €	14,64 €	2,64 €	180,00 €	60,00 €	29,28 €	5,28 €	252,00 €	84,00 €	43,92 €	7,92 €
68 ans	102,00 €	33,00 €	14,64 €	2,64 €	186,00 €	63,00 €	29,28 €	5,28 €	264,00 €	87,00 €	43,92 €	7,92 €
69 ans	105,00 €	36,00 €	14,64 €	2,64 €	195,00 €	66,00 €	29,28 €	5,28 €	276,00 €	93,00 €	43,92 €	7,92 €
70 ans	111,00 €	36,00 €	14,64 €	2,64 €	204,00 €	69,00 €	29,28 €	5,28 €	285,00 €	96,00 €	43,92 €	7,92 €
71 ans	114,00 €	39,00 €	14,64 €	2,64 €	213,00 €	72,00 €	29,28 €	5,28 €	300,00 €	99,00 €	43,92 €	7,92 €
72 ans	120,00 €	42,00 €	14,64 €	2,64 €	222,00 €	75,00 €	29,28 €	5,28 €	312,00 €	105,00 €	43,92 €	7,92 €
73 ans	126,00 €	42,00 €	14,64 €	2,64 €	231,00 €	78,00 €	29,28 €	5,28 €	324,00 €	108,00 €	43,92 €	7,92 €
74 ans	129,00 €	45,00 €	14,64 €	2,64 €	240,00 €	81,00 €	29,28 €	5,28 €	339,00 €	114,00 €	43,92 €	7,92 €
75 ans	135,00 €	45,00 €	14,64 €	2,64 €	252,00 €	84,00 €	29,28 €	5,28 €	354,00 €	117,00 €	43,92 €	7,92 €
76 ans	141,00 €	48,00 €	14,64 €	2,64 €	261,00 €	87,00 €	29,28 €	5,28 €	369,00 €	123,00 €	43,92 €	7,92 €
77 ans	147,00 €	51,00 €	14,64 €	2,64 €	273,00 €	93,00 €	29,28 €	5,28 €	387,00 €	129,00 €	43,92 €	7,92 €
78 ans	156,00 €	51,00 €	14,64 €	2,64 €	288,00 €	96,00 €	29,28 €	5,28 €	405,00 €	135,00 €	43,92 €	7,92 €
79 ans	162,00 €	54,00 €	14,64 €	2,64 €	300,00 €	99,00 €	29,28 €	5,28 €	423,00 €	141,00 €	43,92 €	7,92 €
80 ans	168,00 €	57,00 €	14,64 €	2,64 €	312,00 €	105,00 €	29,28 €	5,28 €	441,00 €	147,00 €	43,92 €	7,92 €
81 ans	177,00 €	60,00 €	14,64 €	2,64 €	327,00 €	108,00 €	29,28 €	5,28 €	462,00 €	153,00 €	43,92 €	7,92 €
82 ans	186,00 €	63,00 €	14,64 €	2,64 €	345,00 €	114,00 €	29,28 €	5,28 €	486,00 €	162,00 €	43,92 €	7,92 €
83 ans	195,00 €	66,00 €	14,64 €	2,64 €	360,00 €	120,00 €	29,28 €	5,28 €	510,00 €	168,00 €	43,92 €	7,92 €
84 ans	204,00 €	69,00 €	14,64 €	2,64 €	378,00 €	126,00 €	29,28 €	5,28 €	534,00 €	177,00 €	43,92 €	7,92 €
85 ans	213,00 €	72,00 €	14,64 €	2,64 €	396,00 €	132,00 €	29,28 €	5,28 €	558,00 €	186,00 €	43,92 €	7,92 €
86 ans	225,00 €	75,00 €	14,64 €	2,64 €	414,00 €	138,00 €	29,28 €	5,28 €	585,00 €	195,00 €	43,92 €	7,92 €
87 ans	234,00 €	78,00 €	14,64 €	2,64 €	435,00 €	144,00 €	29,28 €	5,28 €	612,00 €	204,00 €	43,92 €	7,92 €
88 ans	246,00 €	81,00 €	14,64 €	2,64 €	456,00 €	153,00 €	29,28 €	5,28 €	642,00 €	213,00 €	43,92 €	7,92 €
89 ans	258,00 €	87,00 €	14,64 €	2,64 €	477,00 €	159,00 €	29,28 €	5,28 €	672,00 €	225,00 €	43,92 €	7,92 €
90 ans	270,00 €	90,00 €	14,64 €	2,64 €	498,00 €	165,00 €	29,28 €	5,28 €	705,00 €	234,00 €	43,92 €	7,92 €

COTISATION ANNUELLE AU TITRE DES GARANTIES D'HOSPITALISATION (suite)

1^{ER} GROUPE

âge	niveau 1				niveau 2				niveau 3			
	GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES			GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES			GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES		
	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation
91 ans	282,00 €	93,00 €	14,64 €	2,64 €	519,00 €	174,00 €	29,28 €	5,28 €	735,00 €	243,00 €	43,92 €	7,92 €
92 ans	291,00 €	99,00 €	14,64 €	2,64 €	543,00 €	180,00 €	29,28 €	5,28 €	765,00 €	255,00 €	43,92 €	7,92 €
93 ans	306,00 €	102,00 €	14,64 €	2,64 €	564,00 €	189,00 €	29,28 €	5,28 €	798,00 €	264,00 €	43,92 €	7,92 €
94 ans	318,00 €	105,00 €	14,64 €	2,64 €	588,00 €	195,00 €	29,28 €	5,28 €	831,00 €	276,00 €	43,92 €	7,92 €
95 ans	330,00 €	111,00 €	14,64 €	2,64 €	612,00 €	204,00 €	29,28 €	5,28 €	864,00 €	288,00 €	43,92 €	7,92 €
96 ans	342,00 €	114,00 €	14,64 €	2,64 €	636,00 €	210,00 €	29,28 €	5,28 €	900,00 €	297,00 €	43,92 €	7,92 €
97 ans	357,00 €	120,00 €	14,64 €	2,64 €	660,00 €	219,00 €	29,28 €	5,28 €	933,00 €	309,00 €	43,92 €	7,92 €
98 ans	369,00 €	123,00 €	14,64 €	2,64 €	684,00 €	228,00 €	29,28 €	5,28 €	966,00 €	321,00 €	43,92 €	7,92 €
99 ans	381,00 €	126,00 €	14,64 €	2,64 €	708,00 €	234,00 €	29,28 €	5,28 €	1 002,00 €	333,00 €	43,92 €	7,92 €
100 ans	396,00 €	132,00 €	14,64 €	2,64 €	732,00 €	243,00 €	29,28 €	5,28 €	1 035,00 €	345,00 €	43,92 €	7,92 €
101 ans	408,00 €	135,00 €	14,64 €	2,64 €	759,00 €	252,00 €	29,28 €	5,28 €	1 071,00 €	357,00 €	43,92 €	7,92 €
102 ans	423,00 €	141,00 €	14,64 €	2,64 €	783,00 €	261,00 €	29,28 €	5,28 €	1 107,00 €	366,00 €	43,92 €	7,92 €
103 ans	435,00 €	144,00 €	14,64 €	2,64 €	810,00 €	270,00 €	29,28 €	5,28 €	1 143,00 €	378,00 €	43,92 €	7,92 €
104 ans	450,00 €	150,00 €	14,64 €	2,64 €	834,00 €	276,00 €	29,28 €	5,28 €	1 179,00 €	390,00 €	43,92 €	7,92 €
105 ans	462,00 €	153,00 €	14,64 €	2,64 €	861,00 €	285,00 €	29,28 €	5,28 €	1 215,00 €	402,00 €	43,92 €	7,92 €
106 ans	477,00 €	159,00 €	14,64 €	2,64 €	885,00 €	294,00 €	29,28 €	5,28 €	1 251,00 €	414,00 €	43,92 €	7,92 €
107 ans	492,00 €	162,00 €	14,64 €	2,64 €	912,00 €	303,00 €	29,28 €	5,28 €	1 290,00 €	426,00 €	43,92 €	7,92 €
108 ans	504,00 €	168,00 €	14,64 €	2,64 €	939,00 €	312,00 €	29,28 €	5,28 €	1 326,00 €	438,00 €	43,92 €	7,92 €
109 ans	519,00 €	174,00 €	14,64 €	2,64 €	963,00 €	321,00 €	29,28 €	5,28 €	1 362,00 €	450,00 €	43,92 €	7,92 €
110 ans	531,00 €	177,00 €	14,64 €	2,64 €	987,00 €	327,00 €	29,28 €	5,28 €	1 398,00 €	462,00 €	43,92 €	7,92 €

2^E GROUPE

âge	niveau 1				niveau 2				niveau 3			
	GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES			GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES			GARANTIE PRINCIPALE	GARANTIES OPTIONNELLES		
	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation complète en MCO + psychiatrie + ambulatoire	Hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation	Hospitalisation partielle en MCO + psychiatrie	Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation
Jusqu'à 26 ans	6,00 €	3,00 €	6,00 €	3,00 €	12,00 €	6,00 €	12,00 €	6,00 €	18,00 €	9,00 €	18,00 €	9,00 €

Annexe 3

3.1. Liste des affections de longue durée

- Accident vasculaire cérébral invalidant ;
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- Bilharziose compliquée ;
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ;
- Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- Maladie coronaire ;
- Insuffisance respiratoire chronique grave ;
- Maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- Maladie de Parkinson ;
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- Mucoviscidose ;
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- Paraplégie ;
- Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodémie systémique ;
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- Affections psychiatriques de longue durée ;
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- Sclérose en plaques ;
- Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- Spondylarthrite grave ;
- Suites de transplantation d'organe ;
- Tuberculose active, lèpre ;
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

3.2. Critères de reconnaissance d'une invalidité

La reconnaissance d'une invalidité est déterminée par le bénéficiaire :

- au sens de la maison départementale des personnes handicapées du versement de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- au sens de la sécurité sociale du versement d'une pension d'invalidité ou d'une pension de retraite pour inaptitude obtenue au titre de l'invalidité.

4.1. Garanties d'assistance du contrat Hospiconfort - Notice d'information

Conditions générales Ressources Mutuelles Assistance

DOMAINE D'APPLICATION

1. BÉNÉFICIAIRES

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties d'assistance auxquelles peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés.

Est couvert par la présente notice d'information :

- Le Membre Participant au contrat HOSPICONFORT de la mutuelle TUTÉLAIRE.

2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

Les garanties d'assistance prennent effet à la date de prise d'effet du contrat HOSPICONFORT.

Les garanties d'assistance suivent le sort du contrat souscrit par le Membre Participant auprès de la mutuelle TUTÉLAIRE aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile* tel que défini dans la présente notice d'information.
- pour tout déplacement** en France ou dans les DROM* (au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour la prestation "Transfert médical"),

* Pour les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale, est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

** Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

4. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une immobilisation,
- une hospitalisation,
- une maladie, un accident ou une blessure.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

5. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

**POUR CONTACTER L'ASSISTEUR
SANS INTERRUPTION, 24 HEURES SUR 24,
7 JOURS SUR 7**

Par téléphone :

N°Cristal 09 69 39 08 42
APPEL NON SURTAXE

**Pour le Bénéficiaire résidant dans
les DROM, ou appelant de l'étranger :**
par téléphone : **00 33 969 39 08 42**

**Pour toute transmission de documents
médicaux uniquement, merci de les adresser à :**
medecinconseil@vyv-es.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro de Membre Participant,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre 1^{er} appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Une fois cette demande effectuée, et dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation, afin d'assurer au Bénéficiaire l'accès aux prestations dès son retour à domicile, il doit contacter l'Assisteur dès confirmation de sa date

de sortie effective. Si cette date devait être décalée le Bénéficiaire doit en avertir immédiatement l'Assisteur afin de différer les prestations prévues initialement. Pour le conseil, le transfert médical, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Au-delà de ces délais (20 jours et/ou 48 heures comme mentionnés ci-dessus), l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

6. INTERVENTION

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées du lundi au vendredi.

L'urgence, qui justifie l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins

du Bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations. Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

7. APPLICATION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur (étant entendu que le montant de la prestation d'assistance remboursé par l'Assisteur est plafonné à l'intervention d'un seul intervenant au domicile du Bénéficiaire). Les frais additionnels (frais kilométriques, frais de dossier, frais de gestion et cotisations) inhérents à la mise en œuvre de la prestation et figurant sur le justificatif fourni par le Bénéficiaire ne sont pas pris en charge par l'Assisteur. Dans de tels cas, l'Assisteur s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assisteur de l'ensemble des documents justificatifs.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel du Bénéficiaire, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats.

L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

8. DÉFINITIONS

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

- **Accident** : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- les accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- les éventrations,
- les hernies abdominales,
- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

- **Activités extrascolaires** : le temps extrascolaire est le temps durant lequel un encadrement est proposé aux enfants :
 - en soirée après le retour de l'enfant à son domicile,
 - le mercredi ou le samedi après la classe lorsqu'il y a école le matin,
 - le mercredi ou le samedi toute la journée s'il n'y a pas d'école,
 - le dimanche, les jours fériés et durant les vacances scolaires.
- **Aide à domicile** : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du Bénéficiaire. Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés. **La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteuse après évaluation.**
- **Animaux de compagnie** : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du Bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, **dans la limite de 2 animaux par Bénéficiaire.**
- **Ascendant** : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents du Membre Participant. Pour être considéré comme ayant droit du Membre Participant, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement du Membre Participant et vivant sous le même toit.
- **Autorité médicale** : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le Bénéficiaire se trouve.
- **Auxiliaire de vie sociale** : L'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties, les courses.
- **Bénéficiaire** : la personne ayant adhéré au contrat HOSPICONFORT de la Mutuelle TUTÉLAIRE.
- **Centre de convalescence** : structure de soins qui contribue à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (soins de suite et de réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**
- **Consolidation** : stabilisation durable de l'état de santé du Bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.
- **Dépendance** : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit du Membre Participant, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition du Membre Participant portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.
- **Dispositif de téléassistance** : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'alerte avec son support (collier ou bracelet).
- **Domicile ou résidence habituelle** : le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM. Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire ; on

entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayant droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent Membre Participant.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

- **DROM** : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du Bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du Bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.
- **Établissement de soins** : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.
- **État d'urgence sanitaire** : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.
- **Faits générateurs** : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans la présente notice d'information. Ils sont les suivants :
 - une immobilisation,
 - une hospitalisation,
 - une maladie, un accident ou une blessure.
- **Frais d'hébergement** : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.
- **France** : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).
- **Fratrie** : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.
- **Handicap** : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.
- **Hospitalisation** : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé ou à domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, 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.
- **Hospitalisation à domicile (HAD)** : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.
- **Hospitalisation en ambulatoire** : toute hospitalisation avec une chirurgie réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.
- **Immobilisation** : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle l'Assisteuse évalue le cadre au retour au domicile (Bénéficiaire vivant seul ou en couple, enfants de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité, aides déjà en place...).
- **Maladie** : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

- **Membre de la famille** : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, petit-enfant, ou tuteur légal du Bénéficiaire.
- **Membre Participant** : personne physique ayant adhéré à titre individuel au contrat HOSPICONFORT.
- **Personne dépendante** : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir du Membre Participant ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge du Membre Participant et vivant sous le même toit que lui.
- **Pièces justificatives** : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteuse afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).
- **Proche** : les ascendants et descendants au 1er degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du Bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.
- **Responsabilité civile** : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.
- **Téléassistance** : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.
- **Transport** : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et **dans la limite de 500 euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM. **L'Assisteuse est seul décisionnaire du moyen utilisé.**

ÉCOUTE ET ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉS

9. ÉCOUTE ET ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉS

Le service Écoute et Accompagnement personnalisés est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute attentive, fournir des informations et des conseils, proposer une orientation et apporter un soutien global et pertinent au regard de leur situation.

L'Assisteuse peut informer sur les garanties d'Assistance et plus généralement sur les aides financières, avantages fiscaux et dispositifs de droit commun auxquels peuvent prétendre les bénéficiaires au regard de leur situation et de leurs besoins.

L'Assisteuse propose au Bénéficiaire, afin de lui apporter les solutions susceptibles de répondre à ses besoins, de vérifier son éligibilité à certains services pris en charge par l'Assisteuse et/ou sa mutuelle. En accord avec le Bénéficiaire, l'Assisteuse peut également l'orienter vers des solutions **dont les coûts demeurent à sa charge.**

10. INFORMATION JURIDIQUE

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/allocations/retraites,
- fiscalité,
- famille.

Pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,

- formalités/cartes/permis,
- enseignement/formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

11. CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire.

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales.

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

12. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE EN CAS DE DÉCÈS

A. ENREGISTREMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS

Il s'agit de la volonté manifestée par le Bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le Bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que le Membre Participant puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès du Bénéficiaire, et sur demande de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

Ce service est ouvert dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat sur simple appel téléphonique.

B. ORGANISATION DES OBSÈQUES

Afin d'apporter concrètement aide et assistance au Bénéficiaire, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteur conseille et organise, pour le compte du Bénéficiaire, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. **Le coût des obsèques reste à la charge des Proches.**

C. ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

En cas de décès du Bénéficiaire, ce service permet à l'entourage du Bénéficiaire de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis...),
- information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
- aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
- évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre,
- assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et **l'Assisteur ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).**

ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un Bénéficiaire fait face à :

- une dépendance/perte d'autonomie,
- un aléa de santé,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,
- une addiction comportementale ou à un produit,
- la perte de son emploi,
- la souffrance au travail,
- l'inadaptation du logement,
- un risque de précarité financière,
- le décès d'un proche.

L'Assisteur propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants médico-sociaux, d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale, et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont illimités, sous réserve de l'évaluation du professionnel référent. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire. Seul le Bénéficiaire majeur âgé de 18 ans révolus peut bénéficier d'un accompagnement psycho-social. Est exclus de la prestation d'accompagnement psycho-social le mineur émancipé ou non émancipé.

L'Assisteur s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

13. UN SERVICE D'APPELS DE CONVIVIALITÉ

Ce service permet de :

- rompre l'isolement,
- apporter du réconfort,
- aider à restaurer le lien social,
- ouvrir un espace de parole,
- être le dépositaire d'histoires de vie.

14. UN SERVICE DE CONSEIL SOCIAL

Les travailleurs sociaux apportent :

- information, conseil, orientation,
- accès aux droits,
- orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- informations sur les secours financiers,
- soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

15. UN SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Les psychologues prodiguent :

- une aide à la prise de distance,
- un soutien psychologique ponctuel,
- une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- des outils de gestion du stress, de l'anxiété.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, D'IMMOBILISATION

16. PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE

Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. **Les médicaments et les courses restent à la charge du Bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 30 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.**

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

17. PRESTATIONS DÈS UNE HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation ou pendant l'immobilisation du Bénéficiaire.

A. AIDE À DOMICILE

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, selon les disponibilités locales, à concurrence de 10 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

B. PRESTATIONS DE BIEN-ÊTRE ET DE SOUTIEN

Si le Bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à

domicile, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- auxiliaire(s) de vie,
- séance(s) de coiffure ou esthétique à domicile,
- séance(s) de pédicure,
- petit jardinage,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- service(s) de portage de repas,
- entretien(s) du linge,
- séance(s) de coaching santé, coaching nutrition.

C. GARDE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h pendant ou après l'hospitalisation ou pendant l'immobilisation. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche dans la limite de 30 kilomètres par jour ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour le Bénéficiaire domicilié dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

D. GARDE DES PERSONNES DÉPENDANTES

Si le Bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant sous son toit, l'Assisteur prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h pendant ou après l'hospitalisation ou pendant l'immobilisation ;
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour le Bénéficiaire domicilié dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

E. GARDE DES ANIMAUX

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centre de rééducation et soins de suite et de réadaptation (SSR), en centre de convalescence, en maison de repos et centre de cure thermique.

F. DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum. L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

G. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour le Bénéficiaire domicilié dans les DROM, jusqu'au domicile du Bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

18. PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT

A. ENFANTS MALADES OU BLESSÉS À DOMICILE DE MOINS DE 16 ANS

Afin de permettre au Bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle ou au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au Bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h ou si le Bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par mail à medecinconseil@vyv-es.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance Tutélaire - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - CS 92443 - 44120 VERTOU, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le Bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le Bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

B. ÉCOLE À DOMICILE

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, à compter du 14ème jour calendrier d'absence scolaire consécutive de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- soit les coûts non déductibles occasionnés ou l'organisation de la prestation dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;
- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1^{re} et 2^e langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.

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

Justificatifs

Le Bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

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

19. PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, SUITE À UNE MALADIE, UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

A. CONSEIL MÉDICAL EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT OU DE BLESSURE

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

B. TRANSFERT MÉDICAL

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert du Bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- en cas d'accident ayant nécessité un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, l'organisation et la prise en charge du retour au domicile du Bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

Selon l'état du Bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
 - en utilisant le véhicule du Bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par l'Assisteur,
 - en train,
 - en avion de ligne régulière,
 - en avion sanitaire.
- Cette liste n'est pas limitative. L'Assisteur se charge :
- de l'organisation du transfert,
 - de la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi,
 - de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du Bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel,
 - de l'accueil à l'arrivée.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du Bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité Sociale. Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur. Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans

l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et la famille du Bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT : Tout refus par le Bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne la nullité du bénéfice de la prestation.

C. RETOUR DES ACCOMPAGNANTS

Lorsqu'un Bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ces proches.

20. PRESTATION EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE DE PLUS DE 5 JOURS LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du Bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur organise et prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le Bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 125 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits. Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le Bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'Assisteur participe aux frais d'hébergement à concurrence de 125 euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits. L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais. **Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

CADRE JURIDIQUE

21. ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin - CS 92443 - 44120 Vertou.

22. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

A. COMPORTEMENT ABUSIF

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être

considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

B. RESPONSABILITÉ

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui aurait été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

C. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

23. EXCLUSIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les frais engagés sans accord préalable de l'Assisteur et non expressément prévus par la présente notice d'information,
- les frais non justifiés par des documents justificatifs,
- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des

combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,

- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

24. NULLITÉ DE LA PRESTATION

Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le Bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

25. RECOURS

Le Bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

26. SUBROGATION

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du Bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du Bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

27. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution des présentes conditions générales 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Membre Participant, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre Participant, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre Participant, le

Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

28. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 92443, 44120 VERTOU feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. À défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières. Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant

entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Économique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci. Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dpo@vyv-es.fr ou en contactant : VYV ES – DPO, 46, rue du Moulin, CS 92443, 44120 VERTOU. En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à Worldline - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.bloctel.gouv.fr>.

29. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire peut effectuer une réclamation auprès de RMA :

- Par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la présente notice.
- Si le Bénéficiaire n'a pas immédiatement obtenu satisfaction par téléphone, ou s'il souhaite effectuer sa réclamation par écrit, il peut adresser sa réclamation à l'adresse du siège social : RMA – Service Qualité – 46, rue du Moulin – CS 92443 – 44120 VERTOU.

RMA adressera un accusé de réception dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Bénéficiaire dans ce délai.

À défaut, une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Médiateur de la Mutualité Française FNMF 255, rue de Vaugirard 75719 PARIS Cedex 15.

30. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

4.2. Cotisation annuelle au titre des garanties d'assistance

Montant	9,45 €
---------	--------