

Garde des animaux domestiques

A.A. organise et prend en charge la garde à l'extérieur, ou l'entretien à domicile, des petits animaux domestiques, à la condition qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires. Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge durant 30 jours maximum à hauteur de 300 € TTC maximum.

Aide ménagère

Si l'état de santé de l'assuré ou de son conjoint ou concubin le nécessite (ou en cas de décès) et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, A.A. organise et prend en charge la mise en oeuvre d'une aide ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, selon le cas, pendant l'hospitalisation ou dès le retour au domicile du bénéficiaire sur une période de 15 jours à concurrence d'un maximum de 20 heures de travail effectif. Le nombre d'heures allouées et leur répartition sur la période définie ci-dessus sont dans tous les cas du seul ressort du service médical de A.A.

Mise à disposition d'un service de téléassistance

En cas d'immobilisation au domicile de plus de 30 jours suite à un accident ou à une maladie de l'assuré ou de son conjoint ou concubin, A.A. met gratuitement à sa disposition, pendant 3 mois à compter de sa date de sortie de l'hôpital, un appareil de téléassistance relié à une centrale de veille médicale. Le bénéficiaire aura la possibilité de conserver ce service à ses frais à l'issue de la période de prêt, ce dans le cadre d'un abonnement à tarif privilégié qui fera préalablement l'objet d'un devis.

Assistance psychologique

En cas de décès accidentel ou d'immobilisation de plus de 30 jours suite à un accident de l'assuré ou de son conjoint ou concubin, A.A., sur simple appel téléphonique et selon l'avis médical du médecin traitant du bénéficiaire, est à la disposition du bénéficiaire pour mettre en relation ce dernier avec un psychologue qui déterminera avec lui le contenu de son intervention. Cette prestation est assurée en toute confidentialité. Si nécessaire, A.A. prend en charge 5 heures d'intervention auprès d'un spécialiste désigné par le bénéficiaire. L'ensemble des frais engagés pour cette prestation ne peut excéder 500 € TTC.

DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES A L'ASSISTANCE

Engagement financier

Pour que les prestations d'assistance soient acquises, A.A. doit avoir été prévenue (par téléphone ou par fax) et avoir donné son accord préalable. L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des prestations d'assistance ne donne lieu à aucun remboursement.

Exclusions

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du contrat. De plus sont exclus :

- les cas visés à l'Article 3-3 des Conditions générales ;
 - l'organisation et la prise en charge de tout frais de recherche ;
 - les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires.
- Dans tous les cas, A.A. ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales. A.A. ne sera pas tenu pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure tels que guerre civile ou étrangère, révolution, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchement climatique (tempête, ouragan), état de belligérance, situation politique, etc.

Définitions

Domicile : la résidence principale de l'assuré située en France métropolitaine, Monaco ou dans les Départements d'Outre Mer, mentionnée au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

Maladie : affection soudaine et imprévue de l'état de santé du bénéficiaire.

Accident : toute lésion corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire.

Prescription / subrogation

Toute action découlant de la garantie de A.A. est prescrite dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance. Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge A.A. dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

Comment contacter AVIVA ASSURANCES (24H/24) ?

Par téléphone de France : **0810 000 404** de l'étranger : 33 1 76 62 67 14

Par fax : 01 76 62 64 24

Par courrier : Aviva Assurances - Centre de Gestion, 109 Boulevard Stalingrad, 69100 Villeurbanne.

Dans tous les cas, indiquez le numéro de votre contrat.



AVIVA COURTAGE - Nom commercial : AVIVA DIRECT

Entreprise régie par le Code des Assurances - SA au capital de 120 117 128,25 euros

RCS 379 665 011 Nanterre - Siège social : 70, avenue de l'Europe - 92273 Bois - Colombes cedex.

AVIVA ASSURANCES - Entreprise régie par le Code des Assurances - Société Anonyme d'Assurances

Incendie, Accidents et Risques Divers au capital de 163 932 160 euros - RCS 306 522 665 Nanterre

Siège social : 13 rue du Moulin Bailly 92272 Bois-Colombes cedex.

AVIVA PARTENAIRE SANTE

Conditions Générales (valant notice d'information)

REGLEMENT ENTRE AVIVA DIRECT ET L'ASSOCIATION ADER

AVIVA PARTENAIRE SANTE et AVIVA PARTENAIRE SANTE «Loi Madelin» sont deux contrats collectifs à adhésion facultative régis par le Code des Assurances. Ils sont souscrits auprès d'**AVIVA DIRECT** par l'**ADER** : Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite, 70 avenue de l'Europe, 92273 Bois-Colombes cedex. Cette association, régie par la Loi de juillet 1901, a pour objet d'étudier et de mettre en œuvre tous les moyens propres à la réalisation et à la gestion de tout régime de retraite et de prévoyance au profit de ses adhérents.

Différentes informations concernant l'Association sont disponibles sur le site Internet www.avivadirect.fr, notamment ses statuts, et la composition de son conseil d'administration.

Le contrat AVIVA PARTENAIRE SANTE, identifié sous le numéro 2.603.332, a été souscrit le 1^{er} janvier 1997 pour une période se terminant le 31 décembre 1997. Le contrat AVIVA PARTENAIRE SANTE «Loi Madelin», identifié sous le numéro 2.603.332/IM a été souscrit le 1^{er} janvier 1997 au profit des adhérents pouvant bénéficier des dispositions de la loi n° 94-126 du 11.02.1994 dite «Loi Madelin» pour une période se terminant le 31 décembre 1997.

Chacun de ces contrats se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties contractantes notifiée par lettre recommandée. Cette lettre doit être envoyée au moins 3 mois avant la date de renouvellement. La date d'envoi de la lettre recommandée marque le départ du délai de préavis.

En cas de résiliation de chacun de ces contrats collectifs, les adhésions en cours au jour de la résiliation seront maintenues dans les conditions en vigueur à cette date.

En cas de dissolution de l'association, les contrats se poursuivent de plein droit entre l'assureur et les personnes antérieurement adhérentes au contrat de groupe.

Les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par avenants au contrat. Ces avenants seront adoptés, en accord avec l'assureur, par l'ADER, représentée par son Président ou par une autre personne habilitée.

En cas de modification se rapportant aux droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront également informés par écrit au moins 3 mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur. S'il le souhaite, l'adhérent pourra dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

Ces deux contrats sont devenus des contrats "responsables" à effet du 1^{er} janvier 2006.

Pour les chapitres ci-dessous, chacun de ces contrats est dénommé AVIVA PARTENAIRE SANTE.

CHAPITRE I - OBJET DE LA GARANTIE - DEFINITIONS

ARTICLE 1-1 - Objet de la garantie

Faire bénéficier les adhérents ainsi que, le cas échéant, leur conjoint et leurs enfants à charge, de la prise en charge par AVIVA DIRECT des frais de soins occasionnés par une maladie ou un accident garantis dans les conditions déterminées ci-après et au certificat d'adhésion.

ARTICLE 1-2 - Définitions

Accident : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action d'une cause extérieure.

Age : le calcul de l'âge s'effectue par différence de millésimes entre cette année et l'année de naissance de l'assuré.

Adhérent : personne physique, bénéficiant de sa propre immatriculation auprès d'un régime obligatoire d'assurance maladie, qui adhère au présent contrat.

Assuré : toute personne physique bénéficiant des garanties de ce contrat et désignée au certificat d'adhésion.

Délai de carence : période durant laquelle les garanties ne donnent pas lieu à prise en charge (également appelée délai d'attente ou délai de stage). Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion.

Enfant à charge : lorsque l'adhésion fait référence à la notion d'enfant à charge, sont considérés comme à charge les enfants âgés jusqu'à 18 ans ou 26 ans en cas de poursuite des études, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont l'assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels, l'assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.

Frais de soins : on entend par frais de soins ceux reconnus comme tels par la Sécurité sociale.

Hospitalisation : séjour prescrit par un médecin dans un établissement de soins public ou privé, nécessité pour traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Personne à charge : lorsque l'adhésion fait référence à la notion de personne à charge, sont considérées comme telles, les personnes vivant sous le toit de l'adhérent, titulaires de la carte d'invalidité, prévue à l'Article 173 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale, et ce, conformément à l'Article 196 A Bis du Code Général des Impôts.

Régime de Sécurité sociale : régime d'assurance maladie auprès duquel l'assuré est obligatoirement affilié.

Base de remboursement de la Sécurité sociale : tarif retenu par la Sécurité sociale pour le calcul des prestations (tarif de convention, de responsabilité).

Ticket modérateur : différence entre le tarif de base Sécurité sociale et le remboursement de cet organisme.

Subrogation : substitution d'AVIVA DIRECT à l'assuré aux fins de poursuites contre la partie adverse.

CHAPITRE II - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 2-1 - Effet, durée et renouvellement

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sous réserve que la première cotisation ait été payée. Cette date constitue la date de conclusion de votre adhésion au contrat. Ces dispositions s'appliquent également à tout avenant à l'adhésion.

L'adhésion est valable pour la vie entière sous réserve du règlement de vos cotisations et de l'exactitude dans la déclaration du risque (cf. Article 2-2). Elle s'effectue dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Passée cette date, elle est renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction. Seuls les frais de soins, dont la date de prescription est postérieure à la date d'ouverture des droits, peuvent donner lieu à une prise en charge.

ARTICLE 2-2 - Résiliation

L'adhésion peut être résiliée :

- a) par l'adhérent, au moyen d'une lettre recommandée adressée à AVIVA DIRECT dans les cas ci-après :**
- à chaque renouvellement annuel, au moins deux mois avant l'échéance principale,
 - en cas de survenance de l'un des événements suivants et sur présentation d'un justificatif : changement de domicile, changement de situation matrimoniale, changement de régime matrimonial, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, lorsque ce changement a un effet sur les risques garantis par la présente adhésion. La notification à AVIVA DIRECT doit s'effectuer dans les trois mois suivant la date du changement,
 - en cas de non acceptation d'une révision des cotisations ou d'un réaménagement du contrat tels que prévus à l'Article 4-1, dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de la modification.
- b) par AVIVA DIRECT au moyen d'une lettre recommandée adressée au dernier lieu de résidence connu de l'adhérent, dans les cas ci-après :**
- en cas de défaut de paiement des cotisations,
 - en cas d'inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat.

ARTICLE 2-3 - Droit de renonciation

L'adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans les 90 jours qui suivent la date de conclusion du contrat. Ce droit peut être exercé si aucune prestation n'a été versée au titre de cette adhésion ; il suffit d'adresser à AVIVA DIRECT Service Santé, 15 rue du Rocher, 75374 PARIS cedex 08, une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée comme suit : "Je soussigné, demande à renoncer à mon adhésion AVIVA PARTENAIRE SANTE n° _____ et à recevoir le remboursement total des sommes versées". Le remboursement est effectué dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée. En cas d'exercice de votre droit de renonciation, toutes vos garanties cesseront automatiquement à la date d'envoi de votre lettre.

ARTICLE 2-4 - Recours en cas de litige

En cas de réponse non satisfaisante d'AVIVA DIRECT à une réclamation de l'une des parties prenantes à l'adhésion, celle-ci a la faculté de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance. Ses coordonnées sont communiquées par AVIVA DIRECT sur simple demande.

ARTICLE 2-5 - Organisation de contrôle

AVIVA DIRECT est contrôlée par l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

ARTICLE 2-6 - Prescription

Toute action dérivant de votre présente adhésion est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément aux termes des Articles L114-1 et L114-2 du Code des Assurances. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption et notamment par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'adhérent à AVIVA DIRECT en ce qui concerne le règlement des prestations.

ARTICLE 2-7 - Droit d'accès, d'opposition et de rectification

Les informations sollicitées par l'assureur dans la demande d'adhésion sont indispensables pour l'enregistrement de votre adhésion. Certaines données nominatives, recueillies sur papier et envoyées à Aviva Direct pour traitement, sont susceptibles d'être adressées, dans les meilleures conditions de confidentialité, à des prestataires situés hors de France, éventuellement hors Union Européenne, pour en réaliser la saisie. Ces données personnelles, faisant l'objet d'un traitement informatique à l'usage de la société, de ses mandataires,

de ses partenaires ou organismes professionnels, sont protégées par la loi n° 78-17 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. L'ensemble de ces données peut donner lieu à l'exercice du droit d'accès, d'opposition et de rectification, pour motifs légitimes, dans les conditions et limites prévues aux Articles 38, 39 et 40 de la loi précitée. A cet effet, vous pouvez obtenir une copie de ces données par simple courrier adressé à : Aviva Direct, 70 avenue de l'Europe 92273 Bois-Colombes cedex. Vous pouvez être amené à recevoir d'autres offres de notre part, et par notre intermédiaire à recevoir des propositions d'autres sociétés ou associations. Si vous ne le souhaitez pas, il vous suffit d'écrire à Aviva Direct en indiquant vos nom, prénom, adresse et si c'est possible votre référence client.

ARTICLE 2-8 - Loi applicable

La loi applicable aux relations pré-contractuelles et contractuelles est la loi française.

ARTICLE 2-9 - Langue utilisée

Aviva Direct s'engage, avec l'accord de l'adhérent, à utiliser la langue française pendant la durée du contrat.

ARTICLE 2-10 - Fonds de garantie

Aviva Direct a, conformément à l'article L 423-1 du Code des Assurances, adhéré à un fonds de garantie destiné à préserver les droits de ses assurés et des bénéficiaires de ses contrats.

CHAPITRE III - PRESTATIONS - RISQUES EXCLUS

ARTICLE 3-1 : Montant des prestations

Le présent contrat couvre les frais de soins ;

1 - Seuls les actes pris en charge par la Sécurité sociale donneront lieu à remboursement au titre de la présente adhésion, sauf dérogation indiquée au tableau des prestations ci-dessous ou au certificat d'adhésion.

2 - Les prestations garanties sont servies dans les conditions fixées au certificat d'adhésion et la réglementation des prestations en nature du régime de Sécurité sociale en vigueur à la date d'adhésion. La nature, le montant et les maxima des prestations sont précisés dans le tableau des prestations figurant page suivante.

Les niveaux de remboursement exprimés au tableau s'entendent toujours dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

- **OPTION 100** : prise en charge des frais de santé exposés à l'occasion d'un accident, d'une maladie garantis ou d'une maternité (en dehors des frais liés à l'accouchement), en remboursant la différence entre la base de remboursement Sécurité sociale et le remboursement effectué par le Régime de Sécurité sociale auquel est assujéti chaque assuré.
- **OPTIONS 200 et 300** : prise en charge des frais de santé exposés à l'occasion d'un accident, d'une maladie garantis ou d'une maternité (en dehors des frais liés à l'accouchement) en complétant, selon l'option choisie, les prestations versées par le Régime de Sécurité sociale auquel est assujéti chaque assuré.

Les garanties du présent contrat ne couvrent pas la participation mentionnée au paragraphe II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ; cette participation reste donc à la charge des assurés. Elles ne couvrent pas non plus les franchises médicales instaurées par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008. Ces franchises médicales restent à la charge des assurés, exceptés pour les enfants, les femmes enceintes et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire.

Ce contrat étant "responsable", les conséquences financières liées au non respect du parcours de soins coordonnés prévues aux articles L162-5-3 et L162-5,18° du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas prises en charge par le présent contrat et restent donc à la charge des assurés.

Depuis le 1^{er} juillet 2006, Aviva Direct prend également en charge deux actes de prévention parmi une liste de prestations définies par arrêté ministériel. Cette liste peut être consultée sur le site www.avivadirect.fr

3 - Frais liés à l'accouchement ainsi que ceux liés aux cures thermales. Ces frais donnent lieu au paiement d'un forfait fixé en fonction de l'option choisie. Le paiement de ce forfait exclut le remboursement de tout autre frais de cette nature. En particulier, les frais de chambre particulière lors du séjour hospitalier pour l'accouchement ne feront l'objet d'aucun remboursement.

4 - Montant maximum d'indemnisation. Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

5 - Changement d'option. En cas de réalisation d'un «événement familial» (mariage, naissance, décès, chômage...) et sur présentation d'un justificatif, l'adhérent peut changer de niveau d'option en cours d'année d'assurance pour des garanties qui peuvent être supérieures ou inférieures à celles en vigueur. La modification est effective à compter du 1^{er} du mois qui suit la réception de la demande. En dehors de ces événements, le changement d'option est possible uniquement pour une option supérieure et s'effectue à la date de renouvellement annuel (1^{er} janvier).

NATURE DES PRESTATIONS	OPTION 100	OPTION 200	OPTION 300
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE Frais de séjour - actes chirurgicaux et d'anesthésie - actes chirurgicaux d'obstétrique Forfait hospitalier Chambre particulière jusqu'à (dans la limite des frais réels) : Lit accompagnant (d'un enfant de moins de 12 ans)	100 % Pris en charge 27€ /jour —	150 % Pris en charge 31€ /jour Frais réels	250 % Pris en charge 61€ /jour Frais réels
PHARMACIE (médicaments pris en charge par la Sécurité sociale) CARTE SANTE PHARMA (départements et régimes de Sécurité sociale pour lesquels cette carte est acceptée) VACCINS (pris en charge ou non par la Sécurité sociale)	100 % OUI Frais réels	100 % OUI Frais réels	100 % OUI Frais réels
PROTHESE DENTAIRE - remboursée - non remboursée (reconstitution du tarif de responsabilité) Plafond par année d'assurance et par assuré pour les prothèses dentaires : ORTHODONTIE ACCEPTEE Plafond par année d'assurance et par assuré pour l'orthodontie acceptée : SOINS DENTAIRES	100 % 100 % — 100 % — 100 %	200 % 200 % 763 € 150 % 763 € 150 %	300 % 300 % 1 068 € 250 % 1 068 € 250 %
OPTIQUE Verres, montures acceptées, lentilles acceptées ou refusées Taux de remboursement + participation par an et par assuré jusqu'à (dans la limite des frais réels) :	100 % + 65 €	200 % + 95 €	300 % + 160 €
FRAIS MEDICAUX Consultations, visites, auxiliaires médicaux, radiologie (actes d'imagerie - d'échographie actes techniques médicaux), orthopédie, analyses, acoustique	100 %	150 %	250 %
TRANSPORT EN AMBULANCE	100 %	150 %	250 %
FORFAIT NAISSANCE par enfant :	77 €	153 €	305 €
CURE THERMALE forfait par an :	77 €	153 €	305 €

• Taux exprimés en % de la base de remboursement Sécurité sociale et incluant les prestations versées par le régime de Sécurité sociale. Les garanties du présent contrat ne couvrent pas la participation mentionnée au paragraphe II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ; cette participation reste donc à la charge des assurés. Elles ne couvrent pas non plus les franchises médicales instaurées par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008.

• Pour les prestations ne figurant pas au tableau, AVIVA DIRECT intervient à 100 % pour l'option 100, à 150 % pour l'option 200, à 250 % pour l'option 300.

• **Ce contrat étant "responsable", les conséquences financières liées au non respect du parcours de soins coordonnés prévues aux articles L162-5-3 et L162-5,18° du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas prises en charge par le présent contrat et restent donc à la charge des assurés.**

ARTICLE 3-2 - Délais de carence

Les garanties de votre adhésion ainsi que celles prévues par avenant sont acquises :

- immédiatement pour les accidents,
- après un délai de carence de 3 mois à partir de la prise d'effet de l'adhésion pour les maladies, l'hospitalisation non consécutive à un accident, les soins dentaires, l'optique. Les garanties sont toutefois acquises immédiatement pour les dépenses suivantes : pharmacie, consultations, visites, auxiliaires médicaux, radiologie, orthopédie, analyses, transport en ambulance. Ce délai est porté à 6 mois pour les cures thermales, 9 mois pour la maternité, 12 mois pour les prothèses dentaires et l'orthodontie.

Les délais de carence de trois, six, neuf et douze mois sont abrogés si l'assuré justifie d'un certificat de radiation datant de moins de trois mois et si la date d'adhésion suit immédiatement la date de radiation (dans ce cas il y a obligatoirement continuité de la garantie et les cotisations sont exigées à compter de la date de résiliation du précédent contrat).

Il n'y a pas de délais de carence pour les nouveau-nés si l'adhérent demande à les assurer dans les 90 jours suivant la naissance dans la mesure où les garanties sont acquises par l'adhérent (délais de carence arrivés à terme ou abrogés).

ARTICLE 3-3 - Risques exclus

Ne sont pas prises en charge les dépenses de santé résultant (à moins qu'elles ne soient prises en charge par le Régime de Sécurité sociale) :

- 1 - du fait intentionnel de l'assuré ;
- 2 - d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident, tels que les cures de rajeunissement, amaigrissement, traitements esthétiques, transformations sexuelles, traitements par psychanalyse ;
- 3 - de séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie ;
- 4 - du forfait hospitalier acquitté à l'occasion d'un séjour en établissement ou service pour maladie nerveuse, mentale ou psychiatrique ;
- 5 - directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères.

ARTICLE 3-4 - Limite territoriale

La garantie s'exerce en France métropolitaine, à Monaco et dans les Départements d'Outre Mer. Les frais médicaux résultant d'un accident ou d'une maladie à l'étranger seront pris en charge si le Régime de Sécurité sociale intervient. Le versement des prestations est effectué en euros.

ARTICLE 3-5 - Formalités de règlement des prestations

1 - Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces et justificatifs originaux suivants (voir tableau ci-après) :

- a) le décompte original des prestations en nature, établi par l'organisme gestionnaire du régime de Sécurité sociale,
- b) et, le cas échéant, toute pièce justificative des dépenses réelles : factures détaillées (établie sur papier à en-tête du praticien ou de l'établissement, revêtue de sa signature et portant mention des nom, prénom de l'assuré et du bénéficiaire), notes d'honoraires...

2 - En cas d'hospitalisation, médicale ou chirurgicale, une demande de prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier doit être adressée à AVIVA DIRECT.

3 - Le remboursement des frais est suspendu à compter du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions prévues par l'adhésion.

4 - Le remboursement des frais est effectué dans le délai maximum de 48 heures - jours ouvrés, délais postaux et délais de virements interbancaires non compris - après réception des documents et pièces justificatives nécessaires au règlement (sauf cas exceptionnels ou demande de modification).

ARTICLE 3-6 - Délai de déclaration des sinistres

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai maximum de 24 mois à partir de la date d'envoi du décompte de la Sécurité sociale, date à laquelle l'assuré peut prétendre aux prestations d'AVIVA DIRECT.

Ce délai est également applicable pour le versement des forfaits.

NATURE DES PRESTATIONS	DOCUMENTS A FOURNIR
HOSPITALISATION	Décompte de Sécurité sociale + toutes factures acquittées
PHARMACIE VACCINS	Décompte de Sécurité sociale Décompte de Sécurité sociale (ou vignette en cas de non prise en charge)
PROTHESE DENTAIRE REMBOURSÉE PROTHESE DENTAIRE NON REMBOURSÉE ORTHODONTIE ACCEPTEE SOINS DENTAIRES	Décompte de Sécurité sociale + facture détaillée acquittée Facture détaillée codifiée acquittée Décompte de Sécurité sociale + facture détaillée acquittée Décompte de Sécurité sociale
OPTIQUE Verres Montures acceptées Lentilles acceptées ou refusées	Décompte de Sécurité sociale + facture détaillée acquittée + notification du refus pour les lentilles
FRAIS MEDICAUX (consultations, visites, auxiliaires médicaux, radiologie, orthopédie, analyses)	Décompte de Sécurité sociale
TRANSPORT EN AMBULANCE	Décompte de Sécurité sociale
FORFAIT NAISSANCE	Extrait d'acte de naissance
CURE THERMALE	Décompte de Sécurité sociale

CHAPITRE IV - COTISATIONS

ARTICLE 4-1- Cotisations dues

- 1 - La cotisation est fixée au certificat d'adhésion et est révisée à chaque renouvellement annuel en fonction :
- de l'âge des assurés,
 - de l'évolution de la consommation médicale globale,
 - des résultats techniques enregistrés au cours de l'année civile écoulée. Dans ce cas, Aviva Direct a la faculté, soit de proposer un nouveau montant de cotisation, soit de proposer un réaménagement du contrat en respectant un délai de trois mois avant l'échéance principale.
- 2 - Si de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles viennent modifier les prestations en nature du régime de Sécurité sociale, Aviva Direct a la faculté de proposer à tout moment de l'année un nouveau montant de cotisation pour tenir compte des modifications intervenues et/ou une modification des prestations qui pourront demeurer pour tout ou partie calculées selon la réglementation en vigueur au jour de la prise d'effet de l'adhésion ou de ses avenants.
- 3 - AVIVA DIRECT exonère l'adhérent du paiement de la part de cotisation correspondant aux garanties accordées pour le 4^e enfant à charge bénéficiant de cette adhésion ainsi que pour les enfants suivants.
- 4 - En cas de cessation ou changement d'affiliation à l'un des régimes de Sécurité sociale, la cotisation est révisée à compter de la date d'effet de la modification.

ARTICLE 4-2 - Conditions de paiement des cotisations

La cotisation est mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle et payable d'avance par l'adhérent sous la forme de versements effectués au plus tard 10 jours après le début du mois suivant l'échéance.

ARTICLE 4-3 - Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement des cotisations dans les délais prévus à l'Article 4-2 et après mise en demeure opérée par lettre recommandée non suivie d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi, la garantie est suspendue.

Faute de paiement dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette même lettre, l'adhésion est résiliée d'office, sans pour autant libérer l'adhérent de l'intégralité des cotisations dues.

ARTICLE 4-4 - Documents à fournir

L'adhérent doit adresser, à AVIVA DIRECT, les documents suivants :

- 1 - A l'adhésion et pour tout nouvel assuré : une demande d'adhésion ou demande de modification dûment complétée et signée, accompagnée des pièces demandées.
- 2 - Immédiatement en cours d'exercice : un courrier avec l'indication des changements et leur date de survenance en cas de :
- changement de domicile ou modification de la situation de famille,
 - cessation ou changement d'affiliation à l'un des régimes de Sécurité sociale.

CHAPITRE V - SUSPENSION - DECHEANCE - SUBROGATION

ARTICLE 5-1 - Suspension de la garantie

- 1 - Non paiement de la cotisation
- Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie dans les conditions prévues à l'Article 4-3.

2 - Effets de la suspension de la garantie

Les frais de soins, dont la date se situe durant cette période de suspension, ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre de cette adhésion.

ARTICLE 5-2 - Déchéance

AVIVA DIRECT peut, à tout moment, faire procéder à la vérification sur place de l'exactitude des documents produits par l'adhérent, tant à l'appui de son adhésion et du versement des cotisations qu'à l'occasion de l'ouverture d'un droit à prestations. En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; AVIVA DIRECT peut ensuite prononcer :

- a) l'annulation des droits aux prestations, lorsque la fraude concerne le service des prestations ; AVIVA DIRECT se réserve le droit de poursuivre l'adhérent pour la récupération des sommes indûment payées.
- b) l'annulation de l'adhésion, lorsque la fraude porte sur l'appréciation du risque. Dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à AVIVA DIRECT qui a droit, également, au paiement des cotisations échues, sans préjudice des poursuites à engager contre l'adhérent pour le recouvrement des prestations indûment payées.

ARTICLE 5-3 - Subrogation

AVIVA DIRECT est subrogée de plein droit aux assurés victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

ANNEXE – PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance listées ci-dessous sont mises en œuvre par le service Aviva Assistance, service d'assistance conçu, géré et assuré par Aviva Assurances ci-après dénommée A.A.

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

Les prestations de l'assistance vie quotidienne s'appliquent en cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours suite à un accident ou à une maladie de l'assuré ou de son conjoint ou concubin.

Voyage et hébergement d'un proche

Si le bénéficiaire se retrouve seul, A.A. organise et prend en charge :

- le voyage aller/retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France métropolitaine, à concurrence d'un billet de train 1^{ère} classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet du bénéficiaire,
- le séjour à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 150 € TTC maximum.

Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans

Si les enfants ou petits-enfants se retrouvent seuls, A.A. organise et prend en charge :

- soit leur garde au domicile de l'assuré dans la limite des disponibilités locales pendant 5 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 100 € TTC pour l'ensemble de la prestation,
- soit le transfert aller/retour en avion classe touristique ou en train 1^{ère} classe des enfants chez un parent résidant en France métropolitaine ou d'un proche résidant en France métropolitaine au domicile de l'assuré,
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers/retours et dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 600 € TTC pour l'ensemble des enfants ou petits-enfants concernés.