

- (1) En secteur non conventionné, les honoraires sont calculés sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. Les frais de santé sont pris en charge dans le cadre d'une maternité.
- (2) Durée du forfait Hospitalier illimité.
- (3) La chambre particulière est pris en charge dans la limite des frais réels et du montant forfaitaire prévu, que l'établissement soit conventionné ou pas. Durée illimité.
- (4) Actes de prévention : l'assuré choisit deux actes de prévention parmi la liste de prestations définies par arrêté ministériel.
- (5) L'option 5 bénéficie du service tiers-payant auprès de pharmacies, laboratoires, cabinets radiologiques et opticiens signataires d'une convention auprès d'Aviva.

ANNEXE 2 : LEXIQUE

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

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.

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

Enfants à charge : enfants âgés jusqu'à 18 ans, 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.

Régime Obligatoire d'assurance maladie : régime d'assurance maladie auprès duquel l'assuré est obligatoirement affilié.

Ticket modérateur : c'est la part des frais de soins restant à votre charge après intervention de votre Régime Obligatoire, calculée sur la base de remboursement de la Sécurité sociale et dans le cadre du parcours de soins.

Tarif d'Autorité : tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

CONDITIONS GÉNÉRALES

(valant notice d'information)

La Complémentaire Santé Online est un contrat collectif à adhésion facultative régi par le Code des Assurances. Il est souscrit auprès d'Aviva Assurances par l'ADER : Association pour le Développement de l'Épargne pour la Retraite, 26 rue Cambacérès 75008 Paris. 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 de tout régime de retraite ou de prévoyance au profit de ses adhérents.

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

Le contrat Complémentaire Santé Online, identifié sous le numéro 74 963 273, a été souscrit le 1^{er} juillet 2008 pour une période se terminant le 31 décembre 2008. Il 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 du contrat collectif, 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.

1 – CE QUE VOUS APORTE VOTRE CONTRAT

La Complémentaire Santé Online vous garantit le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité, dans les conditions déterminées au certificat d'adhésion, en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire.

L'adhésion au contrat est réservée à toute personne âgée de 18 à 50 ans, assujettie à un régime obligatoire d'assurance maladie et résidant en France métropolitaine. L'indication d'une adresse email est obligatoire pour pouvoir adhérer au contrat.

La garantie est accordée à l'adhérent et le cas échéant, à son conjoint et leurs enfants à charge. La garantie couvre donc l'ensemble des membres de la famille ayant le même Régime Obligatoire, le niveau de garantie étant identique pour toutes les personnes assurées sous un même contrat.

2 – A PARTIR DE QUAND ETES-VOUS COUVERT ET POUR QUELLE DUREE ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur votre certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation. Cette date constitue la date de conclusion de votre adhésion au contrat.

L'adhésion est établie pour une durée d'un an suivant la date d'effet figurant au certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque échéance principale du contrat.

La durée de votre adhésion est viagère, sauf en cas de non paiement de la cotisation, d'inexactitude dans la déclaration du risque ou de falsification des pièces dans le but d'obtenir des prestations indues.

L'adhésion peut être résiliée :

1) par vous, en tant qu'adhérent, au moyen d'une lettre recommandée adressée à Aviva Assurances dans les cas ci-après :

- A 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, lorsque ce changement a un effet sur les risques garantis par la présente adhésion. La notification à Aviva Assurances doit s'effectuer dans les 3 mois suivant la date de changement,
- En cas de non acceptation d'une révision des cotisations ou d'un réaménagement du contrat tels que prévus à l'article 5-1, dans le mois qui suit la date à laquelle vous avez eu connaissance de la modification.

2) par Aviva Assurances, au moyen d'une lettre recommandée adressée à votre dernier lieu de résidence connu d'Aviva Assurances, 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,
- En cas de déclarations sciemment fausses ou de falsifications de pièces faites dans le but d'obtenir des prestations indues.

3 – LES PRESTATIONS

En application de la loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application, le présent contrat est qualifié de "responsable". Il répond donc au cahier des charges du contrat responsable fixé par le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 quant aux garanties et au montant des remboursements.

Dans ce cadre :

- 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.
- Les garanties du présent contrat ne couvrent pas également la participation mentionnée au paragraphe II de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale, restant par conséquent, à la charge des assurés.
- Les garanties 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.
- Deux actes de prévention, parmi une liste de prestations définies par arrêté ministériel sont pris en charge. Cette liste peut être consultée sur le site www.complementairesante-avivadirectonline.fr.

3-1 Montant des prestations

Les niveaux de garanties détaillées à l'annexe 1 des présentes Conditions générales s'entendent donc toujours dans le cadre du "parcours de soins" défini par la loi du 13 août 2004.

Sur cette base, les prestations versées par Aviva Assurances dépendent de l'option fixée au certificat d'adhésion.

Seuls les actes pris en charge par la Sécurité sociale donneront lieu à remboursement au titre de la présente adhésion, sauf dérogation indiquée dans le tableau des garanties figurant en annexe 1.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, sous déduction des remboursements de votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

Le cumul des remboursements de votre Régime Obligatoire et de votre contrat est toujours limité aux frais réellement engagés.

Le montant du forfait optique est un maximum par année d'assurance et par personne assurée. Ce forfait optique peut être utilisé dans le cadre d'une intervention au laser pour la correction de la myopie.

3-2 Le cas des assureurs multiples

Les remboursements ou les indemnités 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 d'adhésion. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

3-3 Limite territoriale

La garantie s'exerce en France métropolitaine. Les frais médicaux résultant d'un accident ou d'une maladie à l'étranger sont pris en charge si le régime de la Sécurité sociale intervient. Le versement des prestations est effectué en euros.

3-4 Formalités de règlement des prestations

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces et justificatifs originaux suivants :

- le décompte original des prestations en nature, établi par l'organisme gestionnaire du régime de Sécurité sociale,
- 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...

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

Des conventions sont signées avec :

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

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

Avant une hospitalisation, médicale ou chirurgicale, une demande de prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier et de la chambre particulière dans la limite prévue à l'option choisie peut être adressée au Service Santé d'Aviva.

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).

3-5 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 Assurances.

Ce délai est également applicable pour le versement des forfaits.

3-6 Changement d'option

En cas de réalisation d'un "événement familial" (mariage, naissance, décès, chômage...) et sur présentation d'un justificatif, vous pouvez 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 (échéance principale de votre contrat).

4 – LES 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 - 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 ;
- 2 - de séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie ;
- 3 - du forfait hospitalier acquitté à l'occasion d'un séjour en établissement ou service pour maladie nerveuse, mentale ou psychiatrique ;
- 4 - directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères.

5 – LES COTISATIONS

5-1 Cotisations dues

La cotisation est fixée au certificat d'adhésion. Elle est fonction de l'option choisie, du sexe et de l'âge des assurés à la prise d'effet de l'adhésion ainsi que du lieu du domicile, le domicile étant considéré comme la résidence principale de l'adhérent.

Aviva Assurances exonère l'adhérent du paiement de la part de cotisation correspondant aux garanties accordées pour le 3^e enfant à charge bénéficiant de cette adhésion ainsi que pour les enfants suivants.

Variation de la cotisation

La cotisation évolue à chaque échéance principale du contrat en fonction de l'âge des assurés et de la moyenne arithmétique des taux d'accroissement annuels de la consommation médicale totale publiés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé. Cette moyenne est calculée sur la base de l'accroissement des deux dernières années recensées dans ce rapport.

Si de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles viennent modifier les prestations en nature du régime de Sécurité sociale, Aviva Assurances 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.

La cotisation peut également varier en cas de changement de domicile de l'adhérent, à compter de la date d'effet de la modification, lorsqu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

Révision du tarif

L'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs options peut nous amener à réviser notre tarif de base ou à proposer un réaménagement du contrat. Dans ces deux cas, vous seriez informé sous un délai de trois mois avant l'échéance principale.

5-2 Paiement des cotisations

La cotisation est mensuelle 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.

A défaut de paiement des cotisations dans les 10 jours suivant l'échéance 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.

6 – SUSPENSION – DECHEANCE - SUBROGATION

6-1 Suspension de la garantie

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie dans les conditions prévues à l'article 6-2. En conséquence, 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.

6-2 Déchéance

Aviva Assurances 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 assurances peut ensuite prononcer :

- a) l'annulation des droits aux prestations, lorsque la fraude concerne le service des prestations ; Aviva Assurances 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 Assurances 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.

6-3 Subrogation

Aviva Assurances 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.

7 - QUELS SONT LES DROITS QUI VOUS PROTEGENT ?

7-1 Droit de renonciation

Vous avez la possibilité de renoncer à votre contrat dans les 90 jours qui suivent la date de conclusion de votre contrat. Ce droit peut être exercé si aucune prestation n'a été versée au titre de cette adhésion ; il suffit d'adresser à Aviva – Service Santé – SAAG – 13 rue du Moulin Bailly - 92271 Bois-Colombes Cedex, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée comme suit : "Je soussigné, demande à renoncer à mon contrat Complémentaire Santé Online N° _____ et à recevoir le remboursement total des sommes versées".

Vous recevrez ce remboursement 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.

7-2 Droit de communication et de rectification

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

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage d'Aviva, de ses mandataires, de ses réassureurs ou des organismes professionnels. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à Aviva Vie - Activité Directe - 70, avenue de l'Europe 92273 Bois-Colombes cedex.

Vous pouvez être amené à recevoir d'autres offres de la part des sociétés du Groupe Aviva, et par leur intermédiaire à recevoir des

propositions d'autres sociétés ou associations. Si vous ne le souhaitez pas, il vous suffit d'écrire à l'adresse ci-dessus en indiquant vos nom, prénom, adresse et si c'est possible votre référence client.

7-3 Recours en cas de litige

En cas de réclamation, l'adhérent peut l'adresser à : Aviva Assurances - Service Relations Clients - 13 rue du Moulin Bailly 92271 Bois-colombes cedex.

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

7-4 Organisme de contrôle

Aviva Assurances est contrôlée par l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

7-5 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 Assurances en ce qui concerne le règlement des prestations.

7-6 Loi applicable

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

7-7 Langue utilisée

Aviva Assurances s'engage, avec l'accord du souscripteur, à utiliser la langue française pendant la durée du contrat.

7-8 Fonds de garantie

Aviva Assurances 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.

ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES

Le détail des prestations versées en cas de maladie, d'accident ou de maternité est précisé dans le tableau ci-après, en fonction de l'option que vous avez choisie et qui est indiquée sur votre certificat d'adhésion.

POSTES	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5
HOSPITALISATION ⁽¹⁾					
Forfait hospitalier	Frais réel ⁽²⁾	Frais réel ⁽²⁾	Frais réel ⁽²⁾	Frais réel ⁽²⁾	Frais réel ⁽²⁾
Frais de séjour	100 %	200 %	200 %	300 %	300 %
Chirurgie, anesthésie	100 %	200 %	200 %	300 %	300 %
Chambre particulière	-	30 € / jour ⁽³⁾	30 € / jour ⁽³⁾	50 € / jour ⁽³⁾	50 € / jour ⁽³⁾
SOINS MEDICAUX COURANTS					
Soins (consultation, visite)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie	30 %	30 %	30 %	30 %	100 % ⁽⁵⁾
Radiologie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 % ⁽⁵⁾
Analyse laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 % ⁽⁵⁾
Auxiliaires médicaux (infirmier, kiné, pédicure,...)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Appareillages (audioprothèse, orthopédie)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
DENTAIRE					
Soins	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %
Prothèse remboursée par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %
Orthodontie	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %
Plafond pour prothèse et orthodontie (par année d'assurance et par assuré) :	-	-	700 €	1 000 €	1 000 €
OPTIQUE					
Verres et monture pris en charge par la Sécurité sociale, lentilles remboursées ou pas par la Sécurité sociale, intervention au laser pour correction de la myopie. Forfait optique par année d'assurance et par assuré.	100 % + 50 €	100 % + 50 €	150 % + 100 €	200 % + 150 €	200 % + 150 € ⁽⁵⁾
AUTRES					
Transport du malade	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes de prévention	100 % ⁽⁴⁾	100 % ⁽⁴⁾	100 % ⁽⁴⁾	100 % ⁽⁴⁾	100 % ⁽⁴⁾

La Complémentaire Santé Online est un contrat responsable (cf. article 3). Les taux indiqués, dans le tableau des garanties ci-dessus, s'entendent donc toujours dans le cadre du "parcours de soins". Ils sont exprimés en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale et incluent les prestations versées par le régime de Sécurité sociale sauf sur le poste de la pharmacie :

• Pour les options 1,2,3,4, le taux indiqué sur le poste de la pharmacie est exprimé en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale **mais n'intègre pas les prestations versées par le régime de la Sécurité sociale.**

• Pour l'option 5, le taux indiqué sur le poste de la pharmacie est exprimé en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale et inclut les prestations versées par le régime de la Sécurité sociale.