

MNH MEDICEO

Accidents de la Vie

Annexe du règlement mutualiste de MNH Prévoyance

MNH MEDICEO Accidents de la Vie est une offre couvrant les accidents de la vie assurée par MNH Prévoyance, mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 484 436 811.

Les prestations d'assistance incluses dans MNH MEDICEO Accidents de la Vie sont assurées par IMA Assurances ; elles relèvent de la branche 18 (Assistance) de l'article R321-1 du Code des assurances, dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire souscrit par MNH Prévoyance pour les adhérents à MNH MEDICEO Accidents de la Vie.

ADHÉSION

1 - Objet de l'offre

MNH MEDICEO Accidents de la Vie a pour objet de garantir l'indemnisation des préjudices résultant d'un accident garanti survenu dans le cadre de la vie privée, qui, pour un adhérent, a pour conséquence :

- soit une Incapacité Permanente dont le taux est au moins égal à 5 %, évalué à la date de consolidation médico-légale,
- soit le décès.

Le décès ou l'Incapacité Permanente doivent être en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident garanti. Ces garanties sont dites indemnitaires.

Des prestations d'assistance assurées par IMA Assurances sont associées à MNH MEDICEO Accidents de la vie.

2 - Informations précontractuelles spécifiques en cas d'adhésion par la vente à distance

MNH MEDICEO Accidents de la vie est une offre du règlement mutualiste de MNH Prévoyance.

2.1 Les prestations d'assistance sont fournies par IMA Assurances - 118 Avenue de Paris CS 40000 - 79033 NIORT CEDEX 9 - RCS NIORT 481 511 632, soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

2.2 Le montant de la cotisation est indiqué en annexe « Tarifs » du présent document. La cotisation est exigible dès la conclusion de l'adhésion et est payée selon les stipulations de l'article 14 «Cotisations».

2.3 L'adhésion est conclue pour une durée de un an. Elle se proroge chaque année sans formalités particulières. Les garanties et exclusions de l'offre MNH MEDICEO Accidents de la Vie sont mentionnées aux articles 9 «Champ d'application des garanties» et 10 «Contenu des garanties» du présent document. Les garanties et exclusions de la garantie d'assistance sont mentionnées aux articles 18 à 33.

2.4 L'offre MNH MEDICEO Accidents de la Vie définie dans le présent document est valable jusqu'à la date indiquée sur le courrier d'accompagnement ou, à défaut, sur le bulletin d'adhésion joint. L'adhésion à l'offre MNH MEDICEO Accidents de la Vie s'effectue selon les modalités décrites à l'article 3 «Conditions d'adhésion» du présent document, moyennant le paiement d'une cotisation, payable d'avance. Les frais afférents à la vente à distance - coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents d'adhésion par l'adhérent - sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

2.5 Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la

renonciation, sont prévues à l'article 17.2 «Faculté de renonciation». En contrepartie de la prise d'effet des garanties à la date de conclusion de l'adhésion, l'adhérent doit acquitter un premier versement de cotisation.

2.6 Les relations entre MNH Prévoyance et IMA Assurances sont régies par le droit français.

- MNH Prévoyance et IMA Assurances s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.
- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 17.3 «Réclamation» du présent document.

3 - Conditions d'adhésion

Toute personne physique peut adhérer à MNH MEDICEO Accidents de la Vie à condition :

- de résider en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer,
- et d'être âgé de 18 ans au moins et n'avoir pas atteint son 70^{ème} anniversaire au jour de la signature du bulletin d'adhésion,
- il ne peut être enregistré au titre de cette offre qu'une seule adhésion par personne.

4 - Date de conclusion et durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue, sous réserve d'encaissement de la première cotisation et de la réception du dossier complet :

- soit, le 1er jour du mois qui suit la date de signature du bulletin d'adhésion lorsque l'adhésion est conclue en face à face,
- soit, le 1er jour du mois qui suit la date de réception par MNH Prévoyance, le cachet de la Poste faisant foi, du bulletin d'adhésion daté et signé, lorsque l'adhésion est réalisée à distance, sous réserve de la réception par MNH Prévoyance de la photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité en cours de validité de l'adhérent et, le cas échéant, de son représentant.

L'adhésion est conclue jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion et se proroge au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve du paiement des cotisations. Elle cesse dans les formes et conditions définies à l'article 5 « Cessation de l'adhésion. »

5 - Cessation de l'adhésion

La cessation de l'adhésion met fin également, le cas échéant, à la couverture des personnes visées à l'article 7 du présent document. L'adhésion prend fin dans les cas suivants :

Renonciation

L'adhérent peut renoncer à l'adhésion dans les 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet conformément aux dispositions de l'article 17.2 «Faculté de renonciation»,

Résiliation à l'initiative de l'adhérent

L'adhérent dispose d'une faculté annuelle de résiliation de l'adhésion, sous réserve d'adresser une notification à la mutuelle (MNH Prévoyance - 45213 Montargis Cedex) au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, date à laquelle il cessera d'être couvert.

L'Adhérent peut notifier à la mutuelle sa demande de résiliation :

- soit par lettre simple ou tout autre support durable ;
- soit par lettre recommandée ou recommandé électronique ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- soit par acte extra-judiciaire ;
- soit, en cas d'adhésion par l'un des modes de communication à distance proposés par la mutuelle, par le même mode de communication ;
- soit par mail.

Non-paiement de la cotisation

Le non-paiement de la cotisation annuelle ou d'une cotisation fractionnée dans les 10 jours suivant l'échéance périodique entraîne la résiliation de l'adhésion, 40 jours après l'envoi d'une mise en demeure par lettre recommandée demeurée infructueuse.

Décès

L'adhésion prend fin avec le décès de l'adhérent. Toutefois, une nouvelle adhésion à l'offre MNH MEDICEO Accidents de la Vie pourra être conclue par son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, s'il était assuré dans le cadre d'une formule «Famille», sans application de la limite d'âge prévue à l'article 3 «Conditions d'adhésion».

Dans ce cas, cette nouvelle adhésion devra être conclue dans un délai de 3 mois suivant la date du décès.

6 - Lutte anti blanchiment

MNH Prévoyance est soumise au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption en application du Code monétaire et financier modifié par l'Ordonnance n° 2009-104 du 30 janvier 2009 et par l'ordonnance n°2020-115 du 12 février 2020. Cette réglementation nécessite d'identifier et de connaître ses adhérents et de se renseigner sur l'origine des fonds versés à la mutuelle.

CONTENU DE LA GARANTIE

7 - Formules et personnes couvertes

L'adhérent a le choix entre 3 formules :

- la formule «Famille»,
- la formule «Famille monoparentale»,
- la formule «Individuelle».

Pour être couvertes, les personnes indiquées ci-après doivent cumulativement :

- ne pas avoir atteint leur 70^e anniversaire le jour de la signature du bulletin d'adhésion,
- résider en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer.

7.1 - Formule « Famille »

Sont couvertes, les personnes indiquées ci-après :

- l'adhérent lui-même,
- son conjoint, concubin notoire ou partenaire lié par un PACS,
- les enfants légitimes, naturels ou adoptifs fiscalement à charge de l'adhérent,
- les enfants légitimes, naturels ou adoptifs fiscalement à charge de l'autre parent et dès lors qu'ils ne sont pas couverts au titre d'une autre offre accident corporel garantissant le même risque et par l'intermédiaire de l'autre parent,
- les petits-enfants mineurs de l'adhérent et ceux du conjoint (ou concubin ou partenaire cosignataire d'un PACS) et ce, dès lors que ces petits-enfants se trouvent sous la garde de l'adhérent ou la garde de son conjoint (ou concubin ou partenaire cosignataire d'un PACS) lors de la survenance de l'accident garanti, et qu'ils ne sont pas couverts au titre d'une autre offre accident corporel garantissant le même risque.

7.2 - Formule «Famille monoparentale»

Sont couvertes les personnes indiquées ci-après :

- l'adhérent lui-même,
- les enfants légitimes, naturels ou adoptifs fiscalement à charge de l'adhérent,
- les petits-enfants mineurs de l'adhérent, dès lors qu'ils se trouvent sous sa garde lors de la survenance de l'accident garanti, et dès lors qu'ils ne sont pas couverts au titre d'une autre offre accident corporel garantissant le même risque.

7.3 - Formule «Individuelle»

Seul l'adhérent est couvert

GARANTIES

8 - Prise d'effet et cessation des garanties

Les garanties prennent effet à la date de conclusion de l'adhésion, telle que prévue à l'article 4 «Date de conclusion et durée de l'adhésion» du présent document. Dans le cadre d'une vente à distance, l'adhérent donne son accord exprès pour une prise d'effet des garanties à cette même date de conclusion de l'adhésion.

Les garanties de l'adhérent, et le cas échéant, des autres personnes couvertes cessent dans les mêmes conditions que l'adhésion.

9 - Champ d'application des garanties

L'offre MNH MEDICEO Accidents de la Vie garantit les conséquences de dommages corporels subis par la personne couverte, victime résultant des accidents suivants :

9.1 - Accidents garantis

Définition de l'accident :

On entend par « accident » toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la personne couverte et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Sont garantis les accidents suivants :

Les accidents de la vie privée

Il s'agit de toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne couverte, et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, tels que les accidents domestiques, scolaires ou de loisirs, à l'exception des exclusions contractuelles décrites à l'article 9.2 ci-après.

L'offre couvre les dommages corporels consécutifs à un accident de la vie privée tel que défini ci-dessus survenu entre la date de conclusion de l'adhésion et sa cessation.

Les accidents dus à des attentats, des infractions ou des agressions

Il s'agit d'accidents résultant de faits constitutifs d'un délit ou d'un crime au sens du Code pénal français, dont une personne couverte est victime et auxquels elle n'a pris intentionnellement aucune part, sous réserve que ces faits donnent lieu à un dépôt de plainte de la part de la personne couverte victime.

L'offre couvre les dommages corporels consécutifs à un accident dû à un attentat, une infraction ou une agression, survenu entre la date de la conclusion de l'adhésion et sa cessation.

Les accidents médicaux

Il s'agit d'accidents causés à l'occasion d'actes chirurgicaux, de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements pratiqués par des médecins et auxiliaires médicaux visés au Livre IV du Code de la santé publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays où a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés par la Sécurité sociale française. Il y a accident médical lorsqu'un acte ou un ensemble d'actes de caractère médical a eu sur la personne couverte des conséquences dommageables pour sa santé, anormales et indépendantes de l'affection en cause et de l'état antérieur.

La couverture des accidents médicaux n'est acquise que pour les conséquences des actes ou traitements pratiqués postérieurement au 1^{er} janvier 2000, pour autant que la première manifestation du dommage ait été inconnue de la personne couverte ou des bénéficiaires au moment de l'adhésion et de la date de la prise d'effet de la garantie.

Les accidents dus à des catastrophes naturelles ou technologiques

Il s'agit d'accidents causés par l'intensité anormale d'un agent naturel (inondation, gaz, raz de marée, tremblement de terre, etc.) ou par un accident impliquant la mise en oeuvre d'une technologie moderne et imputable à des produits, installations, pollution, transports collectifs. L'offre couvre les dommages corporels dont le fait générateur est intervenu entre la date de la conclusion de l'adhésion et sa cessation.

9.2 - Risques exclus

Sont exclus des garanties :

- les dommages causés par des maladies n'ayant pas pour origine un accident garanti,
- les dommages causés par les accidents cardiovasculaires,

- les conséquences d'activités professionnelles ou de fonctions publiques électives ou syndicales, ou d'accidents de trajets tels que définis par le code de la Sécurité sociale,
- les conséquences de la pratique d'un sport à titre professionnel,
- les dommages résultant des accidents de la circulation dans lesquels est impliqué un véhicule terrestre à moteur ainsi que ses remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres,
- les conséquences de tout dommage que la personne couverte ou le(s) bénéficiaire(s) a(ont) causé intentionnellement,
- les conséquences d'un événement, connues de la personne couverte au moment de l'adhésion,
- les conséquences de la participation de la personne couverte à des émeutes, mouvements populaires, rixes sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- les conséquences de guerre civile ou étrangère quel que soit le lieu où se déroulent ces accidents et quels que soient les protagonistes,
- les dommages provenant des effets directs ou indirects de la transmutation des noyaux d'atomes ou de la radioactivité tels qu'explosion, dégagement de chaleur, irradiation, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules,
- les conséquences d'expériences biomédicales.

9.3 - Territorialité des garanties

La personne est couverte lorsque l'accident garanti survient en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, dans les Collectivités d'Outre-Mer, dans les Pays membres de l'Union Européenne, en Principautés d'Andorre et de Monaco ainsi qu'en Suisse, en Islande, au Lichtenstein, à Saint-Marin, au Vatican et en Norvège. Si l'accident garanti survient en dehors de ces États et collectivités, les garanties ne s'appliqueront que lors de séjours n'excédant pas une durée de 3 mois.

Lorsque l'accident garanti survient à l'étranger, l'indemnisation des préjudices garantis est toujours effectuée selon les règles du droit français (droit commun du lieu de résidence principal de l'assuré).

9.4 - Bénéficiaire(s) des garanties

Le(s) bénéficiaire(s) des garanties est (sont) :

- au titre de l'indemnisation des préjudices résultant d'un accident garanti ayant pour conséquence une Incapacité Permanente dont le taux est au moins égal à 5 % à la date de consolidation médico-légale, la personne couverte victime
- en cas de décès de la personne couverte suite à un accident garanti :
 - toute personne physique justifiant avoir subi un préjudice moral ou économique direct du fait du décès de cette personne couverte, à l'exception des personnes ayant causé volontairement les dommages à la victime couverte au titre de la présente offre,
 - la ou les personne(s) justifiant avoir pris en charge les frais d'obsèques de la personne couverte et/ou ayant subi des frais divers directement liés au décès.

10 - Contenu des garanties MNH MEDICEO Accidents de la Vie

10.1 - Principes d'indemnisation

Cette offre prévoit l'indemnisation des préjudices cités ci-après, dès lors que l'accident garanti, tel que mentionné à l'article 9.1 «Accidents garantis» du présent document, a eu pour conséquence :

- un dommage corporel ayant entraîné pour la personne couverte victime un taux d'Incapacité Permanente au moins égal à 5 %, évalué à la date de consolidation médico-légale,
- ou le décès d'une personne couverte.

Si l'accident a entraîné un taux d'Incapacité Permanente inférieur à 5 %, aucune indemnisation n'est due.

L'indemnisation des préjudices est évaluée selon les règles du droit commun, ce qui signifie qu'elle est déterminée en fonction de la situation particulière de la personne couverte (âge, profession, revenus...) et en fonction de la jurisprudence des tribunaux français.

Dans tous les cas, cette indemnisation ne peut dépasser :

- les plafonds, par personne couverte et par accident garanti, de 1,2 million d'euros pour un adulte et de 2 millions d'euros pour un enfant et ce, tous préjudices confondus,
- et les limites d'indemnisation propres à certains préjudices, telles qu'indiquées ci-après.

Chaque année au 1^{er} janvier, les plafonds de garanties, peuvent être révisés en fonction de l'évolution du coût de l'ensemble des prestations proposées par l'offre.

En cas d'Incapacité permanente préexistante à l'accident garanti, le seuil de mise en jeu des garanties indemnitaires sera lié à l'augmentation du taux d'Incapacité Permanente en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident garanti.

Dans ce cas, cette augmentation doit être au moins égale à 5 % à la date de consolidation médico-légale (par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun - concours médical, dernière édition parue à la date de l'évaluation).

10.2 - Préjudices indemnisés en cas d'accident entraînant une Incapacité Permanente dont le taux est au moins égal à 5 %

L'indemnisation porte sur les préjudices suivants, dès lors qu'ils sont reconnus comme directement imputables à l'accident garanti, tel que mentionné à l'article 9.1 «Accidents garantis» du présent document :

- **Préjudice fonctionnel** : à savoir le préjudice résultant de l'Incapacité Permanente évalué par un taux d'Incapacité Permanente mesuré sur une échelle de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle, établi à la date de consolidation médico-légale, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun - concours médical, dernière édition parue à la date de l'évaluation.

- **Préjudice économique** : à savoir les frais engagés et les pertes financières subies imputables directement à l'accident garanti suivants :

- les frais médicaux restés à la charge de la personne couverte, et ce dans la limite de 50 000 euros,

- le coût d'une tierce personne : coût lié à l'aide indispensable, évaluée médicalement en temps et en durée, à la date de consolidation, allouée à la victime lorsque son Incapacité Permanente l'oblige à avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes de la vie quotidienne,
- les frais relatifs aux appareillages et aménagements du domicile et/ou du véhicule : aide indispensable, évaluée à la consolidation, allouée à la victime lorsque son Incapacité Permanente nécessite d'effectuer certains aménagements à son domicile ou pour son véhicule, pour pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes et gestes de la vie quotidienne,
- les gains professionnels manqués avant la consolidation, et ce dans la limite de 18 000 euros,
- l'incidence professionnelle définitive du préjudice fonctionnel.

- **Préjudice personnel** : à savoir

- les souffrances endurées : douleurs physiques, psychiques ou morales imputables directement à l'accident garanti, subies jusqu'à la date de consolidation et évaluées sur une échelle de 0 à 7,
- le préjudice esthétique permanent : disgrâces physiques définitives imputables directement à l'accident garanti et persistant après la consolidation et évaluées sur une échelle de 0 à 7,
- le préjudice d'agrément : perte ou réduction définitive, à compter de la date de consolidation médico-légale, du fait des séquelles de l'accident, des capacités de la personne couverte à poursuivre ses activités familiales, affectives et de loisirs habituellement pratiquées avant la survenance de l'accident garanti.

10.3 - Préjudices indemnisés en cas d'accident entraînant le décès de la personne couverte

L'indemnisation porte sur les préjudices suivants directement liés au décès survenu suite à un accident garanti, tel que mentionné à l'article 9.1 «Accidents garantis» du présent document :

- les frais d'obsèques : à savoir les dépenses relatives aux obsèques à concurrence d'un plafond de 6 200 euros, et à hauteur de la facture réellement acquittée ou prise en charge,
- les frais divers des bénéficiaires : à savoir les frais divers liés au décès (transport, hébergement, restauration), et ce dans la limite d'un plafond global de 500 euros applicable pour l'accident garanti et à hauteur des frais réellement acquittés,
- le préjudice économique des bénéficiaires : à savoir les pertes financières subies par les bénéficiaires du fait du décès de la personne couverte à raison de la contribution de celle-ci aux ressources du foyer,
- le préjudice moral : à savoir le préjudice d'ordre affectif que subissent les bénéficiaires du fait du décès de la personne couverte.

10.4 - Règle de non-cumul des indemnisations en cas d'Incapacité Permanente suivie du décès

Lorsque la personne couverte décède des suites d'un accident garanti ayant au préalable entraîné une Incapacité Permanente dont le taux est au moins égal à 5 %, l'indemnisation due est versée au titre du décès déduction faite des sommes éventuellement réglées en réparation du dommage corporel ayant entraîné une Incapacité Permanente dont le taux est au moins égal à 5 %.

Les indemnités déjà réglées antérieurement au décès, si elles sont supérieures à celles qui sont dues au titre du décès, restent acquises.

10.5 - Non-cumul des prestations à caractère indemnitaire

L'indemnisation de l'offre définitive définie à l'article 12.2.2 « Offre définitive » intervient après déduction des autres prestations à caractère indemnitaire, réglées ou à régler au titre des mêmes préjudices par les organismes suivants :

- des organismes sociaux tels que la Sécurité sociale,
- des tiers payeurs,
- des autres régimes de prévoyance,
- ou de tous autres organismes désignés aux articles 29 à 33 de la loi n°85.677 du 5 juillet 1985.

Les prestations de ces organismes doivent être communiquées, par la personne couverte ou ses bénéficiaires, dès qu'elles leur ont été notifiées et ont été acceptées par eux. Le complément sera versé à la personne couverte ou au(x) bénéficiaire(s) s'il y a lieu.

A contrario, les prestations à caractère forfaitaire, réglées par ces organismes au titre des mêmes préjudices, peuvent se cumuler.

10.6 - Assurances cumulatives

En cas d'événements mettant en jeu une garantie de l'offre MNH MEDICEO Accidents de la Vie, la personne couverte ou le(s) bénéficiaire(s) est (sont) tenu(s) de déclarer l'existence des autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire couvrant le même risque.

10.7 - Recours subrogatoire

Lorsque MNH Prévoyance verse une prestation indemnitaire, elle est subrogée dans tous les droits et actions des personnes couvertes et des bénéficiaires, à concurrence des sommes versées au titre de la présente offre, contre le(s) tiers ayant causé tout ou partie des dommages de la personne couverte, dans les conditions prévues par l'article L224-9 du Code de la mutualité.

MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

11 - Formalités à accomplir pour la mise en oeuvre des garanties

11.1 - Déclaration de l'accident garanti

Pour la mise en jeu des garanties prévues à l'article 10 « Contenu des garanties MNH MEDICEO Accidents de la Vie » du présent document, l'adhérent, la personne couverte ou le(s) bénéficiaire(s) doit(doivent) signaler à **MNH Prévoyance - 45213 MONTARGIS CEDEX, dans les 5 jours ouvrés**, tout accident garanti, tel que mentionné à l'article 9.1 « Accidents garantis » du présent document, soit par courrier, soit en composant le numéro d'appel figurant au dos du présent document.

Les indications suivantes devront être communiquées :

- le numéro de l'adhérent,
- le numéro de téléphone et l'adresse où peut (peuvent) être joint(s) la personne couverte, l'adhérent ou le(s) bénéficiaire(s).

A défaut, toute déclaration incomplète ne peut être traitée.

11.2 - Constitution du dossier de sinistre

Le dossier de déclaration de l'accident garanti doit comporter les diverses pièces mentionnées dans l'annexe du présent document « Liste des pièces justificatives du dossier de déclaration d'accident ». Ainsi, MNH Prévoyance pourra indiquer à l'adhérent, la personne couverte ou au(x) bénéficiaire(s), des pièces justificatives complémentaires à fournir, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code Civil. Le versement d'une ou des prestations est subordonnée à la complétude du dossier. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas MNH Prévoyance sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

En outre, l'adhérent, la personne couverte ou le (s) bénéficiaire(s) s'engage(nt) à :

- faire connaître les éventuels autres assureurs pouvant intervenir dans l'indemnisation des mêmes préjudices,
- indiquer toutes sommes perçues ou à percevoir au titre de l'accident garanti.

Tout refus entraînerait une suspension de la mise en jeu des garanties.

12 - Modalités d'indemnisation en cas d'Incapacité Permanente dont le taux est au moins égal à 5 %

12.1 - Détermination des dommages corporels

Cette détermination s'effectue en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées dans l'annexe. Un examen médical peut toutefois s'avérer nécessaire dans certains cas. Cet examen est alors pratiqué par un médecin indépendant diplômé et spécialisé de la réparation du dommage corporel. Ce médecin est désigné par MNH Prévoyance et ses honoraires sont à sa charge. Ce médecin évalue les dommages corporels subis par la personne couverte victime et notamment fixe le taux d'Incapacité Permanente de la personne couverte victime par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun - concours médical, dernière édition parue à la date de l'évaluation.

La personne couverte a par ailleurs la possibilité de se faire assister à ses frais par un autre médecin de son choix. Le rapport de cet examen médical est communiqué à la personne couverte dans un délai de 20 jours suivant l'examen.

Toute réticence ou refus de la personne couverte de se soumettre à cet examen médical entraîne la suspension de la mise en jeu des garanties.

12.2 - Offre provisionnelle et offre définitive

➤ 12.2.1 - Offre provisionnelle

Si l'analyse du dossier médical permet de conclure que le taux d'Incapacité Permanente en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident garanti est au moins égal à 25 %, MNH Prévoyance fait une offre provisionnelle dans un délai d'un mois après réception des pièces nécessaires au dossier, afin que la personne couverte puisse faire face aux frais et pertes financières engendrés par l'accident.

⇒ 12.2.2 - Offre définitive

Lorsque la garantie est due, l'offre définitive d'indemnisation sera faite dans un délai de 5 mois suivant la date à laquelle MNH Prévoyance aura été informée de la consolidation médico-légale de l'état de santé de la personne couverte, sous réserve que, dans ce délai, elle lui ait communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir par les tiers payeurs et autres organismes (cités à l'article 10.5 « Non-cumul des prestations à caractère indemnitaire ») à qui elle devra avoir déclaré l'accident garanti.

Le paiement des sommes interviendra dans un délai d'un mois à partir de l'acceptation de l'offre de MNH Prévoyance, déduction faite le cas échéant, de l'offre provisionnelle déjà perçue.

12.3 - En cas d'aggravation

L'évolution de l'état séquellaire de la personne couverte, en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident garanti, de nature à modifier les conclusions qui ont servi de base à l'indemnisation initiale, ouvre droit à indemnisation selon les règles du droit commun.

L'indemnisation prend en compte le différentiel du dommage évalué sur la base de la valeur obtenue après aggravation.

Dans ce cas :

- soit le taux d'Incapacité Permanente en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident garanti était inférieur à 5 % et, suite à l'aggravation, atteint ou dépasse 5 % : l'indemnisation porte sur le préjudice subi du fait de l'accident garanti,
- soit le taux d'Incapacité Permanente en relation directe, certaine et exclusive avec l'accident garanti atteignait ou dépassait le seuil de 5 % et avait donné lieu à une première indemnisation : l'indemnisation porte sur un complément égal au différentiel du dommage évalué suivant la méthodologie du droit commun avant et après aggravation du taux d'Incapacité Permanente.

En tout état de cause, le cumul des indemnités successives ne peut dépasser les plafonds indiqués à l'article 10 « Contenu des garanties MNH MEDICEO Accidents de la Vie » du présent document.

12.4 - Procédure de conciliation et de tierce expertise

⇒ 12.4.1 - Conciliation

Lorsque la personne couverte ou les bénéficiaires contestent la décision de MNH Prévoyance, une procédure de conciliation peut être mise en oeuvre.

Pour ce faire, la personne couverte ou les bénéficiaires doit(vent) préalablement faire parvenir au Médecin Conseil de MNH Prévoyance, dans les 6 mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant la réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en place de la procédure de conciliation.

Le médecin que la personne couverte a désigné et le médecin désigné par MNH Prévoyance recherchent une position commune relative à l'état de santé de la personne couverte. L'accord éventuel des parties est formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord. Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de tierce expertise décrite ci-après est mise en oeuvre

⇒ 12.4.2 - Tierce expertise

MNH Prévoyance invite le médecin qu'elle a désigné et le médecin de la personne couverte à désigner un troisième médecin, choisi d'un commun accord et autant que possible parmi les médecins indépendants diplômés et spécialisés de la réparation du droit commun ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen. Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième médecin sont par moitié à la charge des deux parties, la personne couverte ou ses proches en faisant l'avance. Cette procédure n'est pas appliquée si le médecin de la personne couverte et le premier médecin en charge de l'examen médical peuvent signer un procès-verbal d'accord sur la détermination du dommage corporel.

En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.

13 - Modalités d'indemnisation de l'accident garanti ayant entraîné le décès de la personne couverte

13.1 - Frais d'obsèques et frais divers des bénéficiaires

Dès que l'analyse du dossier permet de conclure que le décès est directement imputable à un accident garanti, MNH Prévoyance verse un montant correspondant :

- aux frais d'obsèques, et ce dans la double limite de la facture acquittée et du plafond indiqué à l'article 10.1 « Principes d'indemnisation » du présent document (6 200 euros par accident garanti),
- à des frais divers des bénéficiaires liés au décès (transport, hébergement, restauration) dans la double limite des frais réellement acquittés et du plafond indiqué à l'article 10.1 « Principes d'indemnisation » du présent document (500 euros par accident garanti).

Ces sommes seront versées au(x) bénéficiaire(s), sur un compte bancaire ouvert au nom du(des) bénéficiaire(s), sur présentation des pièces demandées dans l'annexe, dès lors que les factures auront été honorées par le(s) dit(s) bénéficiaire(s).

13.2 - Autres préjudices visés à l'article 10.2 du présent document

L'offre définitive d'indemnisation des autres préjudices est faite dans un délai de 5 mois suivant la date à laquelle MNH Prévoyance a été informée du décès et sous réserve que dans ce délai, le(s) bénéficiaire(s) lui ai(en)t communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir par les tiers-payeurs et toutes autres pièces justificatives demandées.

En tout état de cause, le cumul des indemnités successives ne peut dépasser les plafonds indiqués à l'article 10.1 « Principes d'indemnisation » du présent document.

MNH Prévoyance procède au règlement des sommes dues dans un délai d'un mois à partir de l'acceptation de son offre définitive par le(s) bénéficiaire(s), en une seule fois et déduction faite des sommes déjà perçues au titre de l'indemnisation des frais d'obsèques et des frais divers des bénéficiaires.

VIE DE L'ADHÉSION

14 - Cotisations

14.1 - Montant et évolution de la cotisation

Le montant de la cotisation annuelle est fonction de la formule choisie :

- Formule « Famille »,
- Formule « Famille monoparentale »,
- Formule « Individuelle ».

Le montant de la cotisation annuelle figure sur l'échéancier annuel. Le coût des prestations d'assistance est inclus dans la cotisation.

Chaque année au 1^{er} janvier, les cotisations peuvent varier selon un taux fixé en fonction :

- d'une part, de l'évolution du coût de l'ensemble des prestations proposées par l'offre, dans la limite de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale au 1^{er} janvier de l'année précédente,
- d'autre part, des résultats techniques de MNH MEDICEO Accidents de la Vie.

Cette cotisation peut également évoluer en fonction des modifications réglementaires ou techniques applicables à MNH Prévoyance.

En cas d'augmentation de la cotisation, l'adhérent en est informé par MNH Prévoyance. En cas de désaccord, l'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion selon la procédure prévue à l'article 5 « Cessation de l'adhésion ».

14.2 - Paiement de la cotisation

Les garanties sont accordées moyennant le paiement, issu d'un compte bancaire, d'une cotisation annuelle, fractionnée en échéances mensuelles. L'adhérent accepte par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine des fonds versés dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout assureur en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Les cotisations sont payables en cours de mois par débit d'un compte bancaire, le 8 du mois ou par tout autre moyen. En cas de non paiement de la cotisation annuelle ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, MNH Prévoyance adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure. À défaut de règlement des cotisations impayées dans un délai de 40 jours après l'envoi de cette mise en demeure, l'adhésion sera de plein droit résiliée et les garanties cesseront.

15 - Modifications possibles

L'adhérent peut à tout moment modifier la formule choisie en adressant un courrier à MNH Prévoyance - 45213 MONTARGIS Cedex. La modification, qui est constatée par voie d'avenant, prend effet au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande par MNH Prévoyance, cachet de la Poste faisant foi, sous réserve de l'encaissement de la cotisation correspondante.

16 - Déclarations

À l'adhésion, l'adhérent est tenu de renseigner les éléments demandés sur le bulletin d'adhésion de manière conforme à la réalité.

En cours d'adhésion, l'adhérent est tenu de déclarer par écrit à MNH Prévoyance - 45213 MONTARGIS Cedex, toute modification concernant sa situation familiale ou un changement de domicile, dans un délai d'un mois à partir de la date où l'adhérent en a eu connaissance. Conformément aux dispositions de l'article L 221-14 du Code de la mutualité, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion, qui s'applique dans tous les cas, quelle que soit la garantie mise en jeu. Les cotisations payées demeurent acquises à MNH Prévoyance qui a droit au paiement des cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

17 - Droits et informations de l'adhérent

17.1 - Information annuelle

Chaque année, l'adhérent reçoit un bulletin de situation précisant les caractéristiques de l'adhésion et le montant de la cotisation annuelle.

17.2 - Faculté de renonciation

La conclusion de l'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'adhérent. Il peut renoncer à son adhésion comme indiqué dans son bulletin d'adhésion et ci-après.

Quel que soit le mode de commercialisation (vente hors établissement, à distance, ...), MNH Prévoyance fixe le délai de renonciation à 30 jours. Ainsi, l'adhérent bénéficie de façon expresse à titre exceptionnel d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son adhésion a pris effet.

Modalités de renonciation

Pour exercer son droit de renonciation, l'adhérent doit adresser à **MNH Prévoyance - 45213 MONTARGIS CEDEX** :

- une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

«Je vous informe que j'exerce ma faculté de renonciation à l'adhésion à l'offre MNH MEDICEO Accidents de la Vie et à MNH Prévoyance le cas échéant. Je vous remercie de bien vouloir rembourser les sommes versées au titre de mon adhésion dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la réception de la présente (date et signature)».

Effets de la renonciation

La renonciation entraîne le remboursement des cotisations par MNH Prévoyance et le remboursement des prestations perçues par l'adhérent dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée

17.3 - Réclamation

Une réclamation est l'expression d'une insatisfaction ou d'un mécontentement formulée par un adhérent ou l'un de ses ayants-droit à l'encontre de MNH Prévoyance ou d'un de ses prestataires malgré la réponse qui lui a été apportée par son interlocuteur.

L'adhérent ou l'un de ses ayants-droit peut adresser, à son conseiller habituel ou au Service Satisfaction Clients par courrier à l'adresse MNH - Service Satisfaction Clients - 45213 MONTARGIS Cedex ou via son Espace adhérent MNH : adherent.mnh.fr, toute réclamation en précisant la nature de la réclamation, le numéro de contrat et les coordonnées auxquelles l'intéressé souhaite être recontacté.

Toutes les réclamations, quel que soit le canal de réception, font l'objet d'un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables suivant la date de réception de la demande. Elles sont traitées sous un délai de deux (2) mois suivant la date de réception de la demande.

17.4 - Médiation

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à une réclamation, le médiateur de la Fédération nationale de la mutualité française peut être saisi par l'adhérent ou l'un de ses ayants droit dans le délai d'un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la mutuelle.

La demande de saisine du médiateur de la FNMF peut être adressée à la mutuelle aux coordonnées indiquées à l'article "Réclamation" du présent document qui la transmet à la FNMF, ou transmise directement à la FNMF soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15 ; soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur: <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

Le règlement de la médiation de la FNMF précisant les modalités de recours au médiateur est consultable sur le site suivant : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

Le médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois maximum à compter de la notification de sa saisine. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé dont les parties à la médiation seront informées.

La décision du médiateur de la FNMF ne s'impose pas aux parties.

L'avis du médiateur ne préjuge pas du droit de l'adhérent, d'un bénéficiaire ou de la mutuelle à saisir la justice.

17.5 - Prescription

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant de l'offre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Quand l'action de l'assuré contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Lorsque le bénéficiaire est un ayant-droit de l'adhérent, ce délai est porté à dix ans à compter de sa connaissance du décès. Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

En vertu de l'article L. 221-12 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 MNH Prévoyance à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'adhérent ou le bénéficiaire à MNH Prévoyance en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Il est par ailleurs précisé que les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévue par le Code civil sont les suivantes :

- article 2240 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (c'est notamment le paiement des intérêts, une reconnaissance de responsabilité, un engagement de payer...),
- articles 2241 à 2243 du Code civil : une demande en justice,
- articles 2244 à 2246 du Code civil : une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

17.6 - Autorité chargée du contrôle de MNH

Prévoyance

L'autorité chargée du contrôle de MNH Prévoyance, est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

ASSISTANCE

18 - Garanties d'assistance

Les adhérents à MNH MEDICEO Accidents de la Vie bénéficient obligatoirement des garanties d'assistance décrites ci-après dans le cadre du contrat collectif souscrit par MNH Prévoyance auprès d'Inter Mutuelles Assistance (IMA ASSURANCES) Société Anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré - Siège social : 118 Avenue de Paris CS 40000 - 79033 NIORT CEDEX 9 - RCS Niort 481 511 632 - Entreprise régie par le Code des assurances.

INTERVENTION

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

05 49 34 80 00 ou +33 5 49 34 80 00 depuis l'étranger

Les garanties d'assistance sont mises en oeuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle, sauf stipulations contraires mentionnées dans les garanties.

IMA ASSURANCES 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, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

PIECES JUSTIFICATIVES

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en oeuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

18.1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

18.1.1 FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance Domicile s'appliquent en cas d'accident corporel entraînant :

- une hospitalisation ou une immobilisation au domicile,
- une incapacité reconnue par MNH Prévoyance,
- un décès,

dans les conditions spécifiées à chaque article.

Les garanties décrites aux articles 19.1 à 19.5 s'appliquent dès l'adhésion à l'offre MNH MEDICEO Accidents de la Vie.

18.1.2 INTERVENTION

18.1.2.1 DÉLAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

Principe : Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent :

- Une immobilisation au domicile,
- La sortie d'une hospitalisation,
- Un décès.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Exception(s) :

- Pour la garantie aide-ménagère, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter :
 - d'une immobilisation au domicile,
 - de la sortie d'une hospitalisation,
 - d'un décès.

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).

Illustration pour la garantie aide-ménagère plafonnée à 30 jours : en cas d'appel le 15ème jour, la garantie est alors plafonnée à 15 jours.

- Pour les garanties complémentaires en cas d'incapacité, le délai de demande d'assistance est de 12 mois à compter de la reconnaissance par MNH Prévoyance d'une incapacité. **Passé ce délai, les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.**

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement.

18.1.2.2 APPLICATION DES GARANTIES

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, 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 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. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Dès lors qu'IMA ASSURANCES, n'est pas en mesure de mettre en oeuvre les garanties dans un des DROM listés à l'article 18.1.2.3 IMA ASSURANCES s'engage à prendre en charge les frais engagés par le bénéficiaire, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

18.1.2.3 TERRITORIALITÉ

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion et Guyane) à l'exception de Mayotte.

Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en oeuvre dans les conditions suivantes :

- si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine,
- si le domicile de l'adhérent est situé dans un DROM, le transport est effectué au sein du DROM de résidence de l'adhérent.

19. INFORMATIONS ET CONSEILS

19.1 CONSEIL SOCIAL

IMA ASSURANCES organise et prend en charge, selon la situation, de un à 5 entretiens téléphoniques par année et par foyer avec un travailleur social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi de 8h30 à 17h.

Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

19.2 INFORMATIONS MEDICALES

Une équipe médicale, communie sur simple appel, des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques.
- Conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation.
- Enfants et petits-enfants : attitudes préventives et conseils sur la santé.

Ces informations sont accessibles de 9h à 18h.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

19.3 RECHERCHE DE MEDECIN, INFIRMIERE, INTERVENANT PARAMEDICAL

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES peut aider à rechercher un médecin.

De la même façon IMA ASSURANCES peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, aider à rechercher une infirmière, ou des intervenants paramédicaux.

Ces informations sont accessibles de 9h à 18h.

19.4 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas de traumatismes suite à l'accident ou décès affectant l'un des bénéficiaires, IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent se tenir dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement.

19.5 PREVENTION DES RISQUES DE CHUTES

A partir de 65 ans et hors urgence médicale, IMA ASSURANCES organise et prend en charge pour l'adhérent ou son conjoint un bilan par an pour la prévention des risques de chutes.

Un dépistage du risque de chutes est réalisé au domicile par un prestataire agréé et complété par un questionnaire d'évaluation (environnement domiciliaire, habitudes de vie, conduites à risque, alimentation...).

Suivant les résultats du test, la garantie prévoit :

- en cas de risque faible : la remise de recommandations écrites générales.
- en cas de risque modéré : un entretien téléphonique avec un ergothérapeute pour évaluer à distance les différents domaines de risques et émettre des recommandations adaptées aux problématiques soulevées.
- en cas de risque fort : une évaluation au domicile par un ergothérapeute avec remise d'un rapport de recommandations personnalisé.

20. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION

En cas d'hospitalisation soudaine et imprévue de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou son conjoint IMA ASSURANCES, organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 30 jours :

20.1 AIDE MENAGERE

La venue au domicile d'une aide-ménagère qui a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales, dès le premier jour de l'hospitalisation, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 30 jours.

20.2 PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET DU PATIENT BENEFICIAIRE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge, le déplacement aller - retour en France d'un proche ainsi que son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

20.3 SERVICES DE PROXIMITE

• Livraison de médicaments

Lorsque ni l'adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA ASSURANCES se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent ou son conjoint.

• Portage de repas

Lorsque l'adhérent ou son conjoint n'est pas en mesure de préparer lui-même ses repas ou de les faire préparer par son entourage, IMA ASSURANCES organise et prend en charge une livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas* répartie sur un mois.

Notre solution de portage de repas permet au bénéficiaire, lors de sa commande, de trouver une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge du bénéficiaire.

* sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit déjeuner est exclu de la garantie.

• Portage d'espèces

Lorsque l'adhérent ou son conjoint ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- un transport aller/retour dans un établissement bancaire
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai d'un mois.

• Livraison de courses

Lorsque ni l'adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de livraison d'une commande par semaine. Les frais de livraison seront remboursés à l'adhérent ou son conjoint sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent ou son conjoint.

• Coiffure à domicile

IMA ASSURANCES organise le déplacement d'un coiffeur au domicile. La prise en charge est limitée à un seul déplacement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent ou son conjoint.

20.4 TRANSFERT & GARDE D'ANIMAUX DOMESTIQUES

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux domestiques vivant au domicile, dans la limite de 30 jours.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

21. GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS D'HOSPITALISATION

21.1 FERMETURE DU DOMICILE QUITTE EN URGENCE

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou son conjoint et en l'absence d'un proche présent localement, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 heures afin de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette garantie comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets...
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques...
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo...

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA ASSURANCES intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

21.2 PREPARATION DU RETOUR AU DOMICILE

En cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 14 jours de l'adhérent ou son conjoint et en l'absence d'un proche présent localement, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette garantie comprend :

- La réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,
- La mise en température du chauffage du logement,
- Le ménage,
- Les courses, le coût des courses demeurant à la charge de l'adhérent.

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA ASSURANCES intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie du bénéficiaire et sous réserve qu'il ait été missionné 48 heures avant la sortie de l'hôpital, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

21.3 TRANSFERT POST-HOSPITALISATION CHEZ UN PROCHE

En cas d'hospitalisation soudaine et imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, en France, le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1ère classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 euros le trajet aller/retour.

22. GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS D'IMMOBILISATION

22.1 TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MEDICAUX

Lorsque l'adhérent ou son conjoint immobilisé plus de 5 jours au domicile n'est pas en état de se déplacer pour aller à un rendez-vous médical et qu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans les 30 jours suivants l'immobilisation, un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

22.2 TRANSPORT SUR LE LIEU DE TRAVAIL (HORS ARRÊT DE TRAVAIL)

Lorsque l'adhérent ou son conjoint immobilisé plus de 5 jours au domicile n'est pas en état de se déplacer pour aller à son lieu de travail et qu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge 10 trajets non médicalisés en taxi (domicile-travail ou travail-domicile) dans un rayon de 30 km. Cette garantie s'applique une seule fois par an.

23. GARANTIES COMPLEMENTAIRES FAMILLE

23.1 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS, PETITS-ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'ÂGE) EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION D'UN PARENT

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes :

- **Le déplacement d'un proche***

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les enfants ou petits-enfants au domicile.

- **Le transfert des enfants ou petits-enfants***

Le voyage aller et retour en France des enfants ou petits-enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants ou petits-enfants par l'un de ses prestataires.

- **La garde des enfants ou petits-enfants***

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

*Les garanties « déplacement d'un proche », « transfert des enfants » et « garde des enfants » ne sont pas cumulables.

- **La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants ou petits-enfants**

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

- **La conduite aux activités extrascolaires**

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 4 semaines maximum.

23.2 GARANTIES COMPLEMENTAIRES POUR LES ENFANTS, PETITS-ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'ÂGE) EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION D'UN PARENT

- **L'aide aux devoirs**

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 48 heures ou d'immobilisation de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un soutien pédagogique au domicile auprès des enfants du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématique, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), à raison de 2 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés. Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 4 semaines.

23.3 GARANTIES COMPLEMENTAIRES POUR LES ENFANTS EN CAS D'HOSPITALISATION D'UN PARENT

- **Soutien scolaire chez un proche en cas d'hospitalisation d'un parent pour les enfants, petits-enfants (sans limite d'âge).**

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 48 heures de l'adhérent ou de son conjoint,

Et,

En cas de transfert de l'enfant chez un proche éloigné géographiquement de l'école, empêchant la poursuite des cours, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un soutien pédagogique de l'enfant du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématique, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/ géo, philosophie, économie),

au domicile du proche, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable par foyer, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation et sur une période maximale de 4 semaines.

23.4 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET PETITS-ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'ÂGE) HOSPITALISES OU IMMOBILISES AU DOMICILE

• La présence d'un proche au chevet *

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours d'un enfant, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le déplacement aller et retour en France, d'un proche au chevet de l'enfant.

• La garde des enfants *

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours d'un enfant, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait pas à s'appliquer, la garde au domicile par un intervenant habilité.

Le nombre d'heures est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

*Les garanties « présence d'un proche », « garde des enfants » ne sont pas cumulables.

• La garde des frères et soeurs

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours d'un enfant, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des autres enfants, lorsque aucun proche ne peut l'assumer, par :

- Le déplacement aller et retour en France d'un proche,
- ou s'il y a lieu, leur garde au domicile par un intervenant habilité. Le nombre d'heures est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.

23.5 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS, PETITS ENFANTS IMMOBILISES PLUS DE 14 JOURS

• Soutien scolaire

Si l'enfant est immobilisé au domicile pour une durée de plus de 14 jours et ne peut pas suivre sa scolarité, IMA ASSURANCES organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers dans les matières principales (mathématique, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

23.6 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

• Le déplacement d'un proche

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les ascendants au domicile.

Le transfert des ascendants chez un proche

Le voyage aller et retour en France des ascendants auprès de proches susceptibles de les accueillir.

• La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

24. GARANTIES EN CAS D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 30 JOURS

En cas d'immobilisation au domicile de plus de 30 jours d'un bénéficiaire, IMA ASSURANCES prolonge les garanties décrites aux articles 20, 22 et 23 sur une période maximale de 30 jours.

25. GARANTIES EN CAS D'INCAPACITE D'UN BENEFICIAIRE RECONNUE PAR MNH PREVOYANCE

En cas d'incapacité, IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties décrites ci-dessous à utiliser dans les 12 mois à compter de la reconnaissance de l'incapacité par MNH Prévoyance.

25.1 BILAN SOCIAL

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan social réalisé par téléphone avec un Travailleur Social, dans la limite de 3 appels sur un trimestre.

Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de la personne dépendante en prenant en compte sa ou ses problématiques : identification de la solution la mieux adaptée à la situation, aide au choix du lieu de vie, à la recherche des aides financières possibles, à la mise en place de l'organisation la plus pertinente ; identifie les priorités et adresse une synthèse au bénéficiaire, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi de 8h30 à 17h.

25.2 ENVELOPPE DE SERVICES POUR ADHERENT OU CONJOINT

A compter de la déclaration de l'incapacité reconnue par MNH Prévoyance, IMA ASSURANCES met à disposition du patient bénéficiaire une enveloppe de services limitée à 100 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois.

Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en oeuvre d'une ou plusieurs prestations et que celles-ci auront débuté.

Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unité ci-annexé.

25.3 ENVELOPPE DE SERVICES POUR ENFANT ET PETITSENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANT HANDICAPES (SANS LIMITE D'ÂGE)

A compter de la déclaration de l'incapacité reconnue par MNH Prévoyance, IMA ASSURANCES met à disposition du patient bénéficiaire une enveloppe de services.

Les conditions de mise en oeuvre sont identiques à celles de l'article ci-dessus

Cf. tableau enveloppe de services pour enfants et décompte en unité ci-annexé.

25.4 BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHERAPEUTE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile du bénéficiaire.

Cette garantie comprend l'évaluation de la personne dans son lieu de vie :

- recherche de compensations efficaces : organisationnelles et/ou gestuelles, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide animale, aide humaine...
- rédaction d'un document descriptif reprenant les solutions les plus adaptées et permettant la mise en oeuvre des préconisations (documentations, schémas, coût des équipements, adresses des revendeurs spécialisés, structures et lieux de ressources sur le plan local...)

25.5 TELEASSISTANCE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les frais d'installation d'un transmetteur de télalarme au domicile du bénéficiaire, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de trois mois.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, le bénéficiaire qui le souhaite pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge du bénéficiaire.

25.6 SERVICES TRAVAUX POUR AMENAGEMENT DU DOMICILE

IMA ASSURANCES met en relation le bénéficiaire avec une structure du groupe IMA lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile :

Cette structure servira d'intermédiaire avec les entreprises pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat :

- Envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations,
- Etablissement par ces prestataires d'un diagnostic des réparations à effectuer ainsi qu'un devis,
- Contrôle des devis,
- Suivi des travaux, des coûts, des délais.

Cette garantie est limitée à un dossier par événement et les travaux restent à la charge du bénéficiaire.

25.7 AIDE AU DEMENAGEMENT

IMA ASSURANCES met en relation 24h24 et 7j/7 le bénéficiaire avec une entreprise de déménagement ou une société de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge du bénéficiaire.

25.8 NETTOYAGE DU LOGEMENT

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté, dans la limite de 500 € HT, à prendre sur une période d'un mois suivant le déménagement.

25.9 AIDE AU RETOUR A LA VIE PROFESSIONNELLE OU SCOLAIRE

IMA ASSURANCES propose au bénéficiaire un accompagnement à la reprise d'une vie professionnelle ou scolaire.

L'aide apportée par IMA ASSURANCES est composée comme suit :

- Recueil de données et analyse de la situation professionnelle ou scolaire de la personne,
- Informations, orientations et conseils : dans les démarches liées à l'évolution et au changement de la situation professionnelle ou scolaire, lisibilité sur les démarches à effectuer, les acteurs et organismes compétents, informations sur les missions des acteurs et structures, orientation, aide à la réflexion et à la décision...
- Rédaction d'une note de synthèse.

Cette garantie est mise en oeuvre par le biais d'entretiens téléphoniques jusqu'à 6 appels (accessible du lundi au vendredi de 8h30 à 17h), sur une période de 6 mois. Une note de synthèse sera adressée au bénéficiaire.

Si nécessaire, le bénéficiaire pourra également être accompagné pour la recherche d'un nouvel emploi :

- Techniques de recherches d'emplois,
 - adaptation du CV et lettre de motivation sur la base du projet professionnel, organisation de la recherche et techniques de prospection, préparation et simulation d'entretien d'embauche.
 - Prospection d'offres d'emplois : mise en ligne du CV du candidat sur le site internet, accès aux offres Intranet du prestataire (offres du marché caché) afin que le consultant propose des offres ciblées, mailing CV à destination d'entreprises ciblées, 6 appels téléphoniques ou skype pour faire le point sur les avancées.

Cette garantie prévoit un accompagnement sur 8 mois, dans la limite de 6 entretiens individuels et 6 entretiens téléphoniques. Cette garantie est limitée à un dossier par événement.

L'aide à la recherche d'un emploi prévue à l'article ci-dessus ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par IMA ASSURANCES auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.

26. INFORMATIONS ET DEMARCHES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

26.1 AIDE A LA RECHERCHE DE PRESTATAIRE FUNERAIRE

En France, sur demande des proches, IMA ASSURANCES peut fournir les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres pour les aider à organiser les obsèques.

26.2 ACCOMPAGNEMENT SUITE AU DECES

Afin d'aider les proches dans les différentes étapes du deuil, d'identifier avec eux les démarches à accomplir, de planifier et de prioriser les actions à mettre en œuvre, les travailleurs sociaux d'IMA ASSURANCES peuvent apporter leur expertise, par téléphone du lundi au vendredi de 8h30 à 17h.

Cette garantie est accordée dans la limite de 3 entretiens téléphoniques sur un trimestre, accompagné d'un appel de suivi dans les 3 mois suivant le premier appel.

27. GARANTIES SOUTIEN AUX PROCHES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

27.1 AIDE MENAGERE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue au domicile d'une aide-ménagère, pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, qui a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales, dès le décès de l'adhérent.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 30 jours.

27.2 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS, PETITS-ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'ÂGE)

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes :

- **Le déplacement d'un proche***

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les enfants ou petits-enfants au domicile.

- **Le transfert des enfants***

Le voyage aller et retour en France des enfants ou petits-enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

- **La garde des enfants***

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités (entre 8h et 20h, hors dimanche et jours fériés). Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

***Les garanties « déplacement d'un proche », « transfert des enfants » et « garde des enfants » ne sont pas cumulables.**

- **La conduite à l'école**

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

27.3 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- **Le déplacement d'un proche***

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les ascendants au domicile.

- **Le transfert des ascendants chez un proche***

Le voyage aller et retour en France des ascendants auprès de proches susceptibles de les accueillir.

- **La garde des ascendants***

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités (entre 8h et 20h, hors dimanche et jours fériés). Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

***Les garanties « déplacement d'un proche », « transfert des ascendants » et « garde des ascendants » ne sont pas cumulables.**

27.4 TRANSFERT & GARDE D'ANIMAUX DOMESTIQUES

En cas de décès de l'adhérent, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux domestiques vivant au domicile, dans la limite de 30 jours.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

ASSISTANCE DEPLACEMENT

28. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

28.1 FAITS GENERATEURS

Les garanties d'assistance Déplacement s'appliquent en cas d'accident ou de décès d'un bénéficiaire survenu lors d'un déplacement dans les conditions spécifiées à chaque article.

28.2 INTERVENTION

28.2.1 APPLICATION DE GARANTIES

Les garanties s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement.

IMA ASSURANCES 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.

IMA ASSURANCES ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'évènement donnant lieu à l'intervention d'IMA ASSURANCES restent à sa charge (titre de transport, repas ...).

28.2.2 TERRITORIALITÉ

Les garanties d'assistance sont accordées en France pour tout déplacement à + de 50 km du domicile et à l'étranger à l'occasion d'un déplacement à but touristique d'une durée inférieure à 3 mois, à l'exception de la France pour la garantie Frais médicaux et hospitalisation.

29. ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS D'ACCIDENT

29.1 RAPATRIEMENT MEDICAL

Lorsque les médecins d'IMA ASSURANCES, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident du rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié). IMA ASSURANCES organise le retour du patient à son domicile ou dans un hôpital, adapté proche de son domicile et prend en charge le coût de ce transport.

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins d'IMA ASSURANCES, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé.

Si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires à leur domicile.

Lorsque le rapatriement concerne un enfant de moins de 16 ans non accompagné, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le voyage aller et retour d'un proche, afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement. Lorsque le voyage d'un proche est impossible, IMA ASSURANCES fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

29.2 ATTENTE SUR PLACE D'UN ACCOMPAGNANT

Lorsque le bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de 10 jours, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

29.3 PROLONGATION DE SEJOUR POUR RAISONS MEDICALES

Lorsque des soins ont été dispensés à un bénéficiaire et qu'il n'est pas jugé transportable vers son domicile par les médecins d'IMA ASSURANCES, alors que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation, IMA ASSURANCES organise et prend en charge son hébergement pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

29.4 VOYAGE ALLER-RETOUR D'UN PROCHE

Lorsque le bénéficiaire, blessé non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours et qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche pour se rendre à son chevet, ainsi que son hébergement pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

30. FRAIS MEDICAUX ET D'HOSPITALISATION A L'ETRANGER

IMA ASSURANCES, en complément des prestations dues par les organismes sociaux, avance, déduction faite d'une franchise de 30 euros, les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place à concurrence de 3 800 euros par bénéficiaire, sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie. Ce plafond est ramené à 80 euros pour les soins dentaires.

Les soins faisant l'objet de cette avance devront avoir été prescrits en accord avec les médecins d'IMA ASSURANCES et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable.

Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux, ces frais médicaux et d'hospitalisation font l'objet d'une avance. Le bénéficiaire s'engage à effectuer, dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, et à transmettre à IMA ASSURANCES les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus des organismes sociaux.

31. FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

En cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée, à l'exception des frais de recherche, à concurrence de 160 euros.

A l'étranger, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de secours en montagne, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski, à l'exception des frais de recherche, à concurrence de 160 euros.

32. ASSISTANCE EN CAS DE DECES

32.1 RAPATRIEMENT DE CORPS

En cas de décès d'un bénéficiaire en déplacement à plus de 50 km du domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport du corps.

Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France métropolitaine, si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, ou dans le DROM de résidence, si le domicile de l'adhérent est situé dans un DROM. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès.

32.2 DEPLACEMENT D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

Si la présence d'un membre de la famille sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du bénéficiaire décédé, IMA ASSURANCES organise et prend en charge son déplacement aller-retour par train 1ère classe ou par avion classe économique, ainsi que son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

32.3 RETOUR DES AUTRES BENEFICIAIRES

En cas de décès d'un bénéficiaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport des autres bénéficiaires par le moyen le plus approprié, dès lors que ceux-ci ne peuvent utiliser les moyens prévus pour leur retour au domicile.

33. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

33.1 INFRACTION

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

33.2 FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

33.3 EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les accidents corporels ou les décès consécutifs :

- à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,

- à la pratique, à titre professionnel, de tout sport;
- à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée,
- à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallies, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
- à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes,
- à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance),
- aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome,
- à une action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire),
- dont le fait générateur est antérieur à la date d'effet de la présente garantie,
- les affections ou lésions n'empêchant pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement et dont le traitement peut-être différé à son retour,
- les convalescences et affections en cours de traitement et non encore guéries au moment du déplacement,
- les frais médicaux engagés en France,
- les frais de repas autres que le petit déjeuner, ainsi que les frais de téléphone et de bar en cas d'hébergement pris en charge par IMA ASSURANCES au titre des garanties,
- les frais de transports primaires, de secours d'urgence et les frais de recherche.

33.4 REFUS DU BENEFICIAIRE

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA ASSURANCES, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à son état, IMA ASSURANCES étant dégagée de toute obligation. En aucun cas, IMA ASSURANCES ne peut être tenue au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

34. VIE DE LA GARANTIE

34.1 DUREE DES GARANTIES

Durée de l'adhésion à MNH MEDICEO Accidents de la Vie.

34.2 RESILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'adhérent de son adhésion à MNH MEDICEO Accidents de la Vie pour tout événement survenu ultérieurement, ou en cas de résiliation du contrat collectif souscrit par MNH Prévoyance auprès d'IMA Assurances, MNH Prévoyance s'engageant alors à informer les adhérents de la fin de la garantie. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

34.3 PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1^{er} - En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;

2^e - En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- la demande en justice, même en référé,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires 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.

34.4 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 - France, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres ;
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices ;
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés ;
- des données médicales pour lesquelles l'assuré a donné son consentement.

Ces données sont utilisées par IMA ASSURANCES pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- la passation des contrats ;
- la gestion des contrats ;
- l'exécution des contrats ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction) ;

- la mise en oeuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption ;
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires d'IMA ASSURANCES chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en oeuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier Inter Mutuelles Assistance GIE, à tout intervenant dans l'opération d'assistance, y compris les autorités pour l'obtention des éventuelles autorisations nécessaires ainsi qu'à la MNH sauf opposition de votre part signalées au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : Direction des Affaires Juridiques . 118 avenue de Paris . 79000 Niort . dpo@ima.eu.

Elles sont susceptibles d'être transmises hors de l'Union Européenne en cas d'événement générateur survenant hors de cette territorialité. Elles peuvent être accessibles ou transmises aux sous-traitants techniques d'IMA ASSURANCES pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

La demande de mise en oeuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales susceptibles d'être collectées à tout professionnel devant en connaître pour accomplir la mission qui lui est confiée par IMA ASSURANCES.

Dans ces conditions, les bénéficiaires reconnaissent libérer les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la mise en oeuvre des garanties de leur obligation de secret professionnel sur les informations médicales.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA ASSURANCES pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Ces enregistrements sont destinés aux seules personnes habilitées par le Responsable de Traitement. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer le consentement donné au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données : Direction des Affaires Juridiques . 118 avenue de Paris . 79000 Niort / dpo@ima.eu.

Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier des services associés.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité, d'opposition et de donner des directives post mortem pour motif légitime. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès d'IMA ASSURANCES, aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort – dpo@ima.eu.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

34.5 RECLAMATION ET MEDIATION

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris CS 40000 - 79033 NIORT CEDEX 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations.

Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables de sa réception, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

DEFINITIONS PROPRES A LA GARANTIE D'ASSISTANCE

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

• ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

• ADHERENT

Adhérent MNH MEDICEO Accidents de la Vie.

• ANIMAUX DOMESTIQUES

Les chiens et les chats.

• BENEFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Tout adhérent à MNH MEDICEO Accidents de la Vie domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants et petits-enfants, enfants handicapés sans limite d'âge et ascendants directs fiscalement à charge.

• CENTRE DE CONVALESCENCE

Les centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent 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 thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

• DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

• FRANCE

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion et Guyane) à l'exception de Mayotte.

• FRAIS d'HEBERGEMENT

Frais de la nuit à l'hôtel et des repas, hors frais de téléphone et de bar.

• HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

• HOSPITALISATION IMPREVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

• INCAPACITE

Etat d'incapacité reconnu par MNH Prévoyance.

• TELEASSISTANCE

Système de télécommunication qui permet à une personne en perte d'autonomie ou isolée d'alerter à distance un professionnel de l'assistance.

ANNEXE A LA CONVENTION (30h) D'ASSISTANCE ACCIDENTS CORPORELS

ENVELOPPE DE SERVICES POUR L'ASSISTANCE DOMICILE AU 01/01/2020

Enveloppe de services pour adhérent ou conjoint.
Le décompte en unité correspond aux prestations suivantes :

| Enveloppe adulte | Unité de mesure | Valeur unitaire |
|--|---|-----------------|
| Aide-ménagère | 1 heure | 1 unité |
| Présence d'un proche | 1 déplacement aller et/ou retour + hébergement* | 10 unités |
| Transport aux RDV médicaux | 1 transport aller et/ou retour | 4 unités |
| Livraison de médicaments | 1 livraison | 2 unités |
| Livraison de courses | 1 livraison | 4 unités |
| Portage de repas | 1 livraison | 1 unité |
| Coiffure à domicile | 1 déplacement | 1 unité |
| Entretien de jardin | 1 heure | 1 unité |
| Garde d'enfant | 1 heure | 2 unités |
| Conduite à l'école | 1 trajet aller et/ou retour par jour | 4 unités |
| Conduite aux activités extrascolaires | 1 trajet aller et/ou retour par jour | 4 unités |

Enveloppe de services pour enfant.
Le décompte en unité correspond aux prestations suivantes :

| | | |
|-----------------------------------|---|-----------|
| Garde d'enfant | 1 heure | 2 unités |
| Présence d'un proche | 1 déplacement aller et/ou retour + hébergement* | 10 unités |
| Transport aux RDV médicaux | 1 transport aller et/ou retour | 4 unités |
| Livraison de courses | 1 livraison | 4 unités |
| Portage de repas | 1 livraison | 1 unité |
| Coiffure à domicile | 1 déplacement | 1 unité |

* Pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

TARIFS au 1^{er} janvier 2020

Montant de la cotisation TTC.

La prestation d'assistance est incluse.

| | Formule INDIVIDUELLE | Formule MONOPARENTALE | Formule FAMILLE |
|-----------|----------------------|-----------------------|-----------------|
| Mensuelle | 10.50 € | 15.75 € | 21.00 € |
| Annuelle | 126.00 € | 189.00 € | 252.00 € |

Liste des pièces justificatives du dossier de déclaration d'accident

En cas d'Incapacité Permanente

Pièces exigibles quelle que soit la situation :

1 - Les pièces administratives suivantes doivent être adressées afin de justifier des circonstances du sinistre et de l'identité de la victime, à l'appui de la déclaration de sinistre

- le certificat médical initial
- la copie du procès verbal de police et/ou de gendarmerie
- la copie de l'éventuel dépôt de plainte
- pièce d'identité de la victime
- pièce d'identité de l'adhérent
- document justifiant du lien de parenté avec l'adhérent (livret de famille ...)

2 - Outre les pièces visées au 1 ci-dessus, les pièces suivantes doivent être fournies à MNH Prévoyance, afin qu'il puisse se forger une opinion sur le sinistre.

- Ces documents permettront d'apprécier les séquelles de l'accident et leur évolution :
 - les bulletins de situation
 - les comptes rendus d'hospitalisation
 - les comptes rendus opératoires
 - les comptes rendus écrits de radiographies, scanner, IRM, échographies et autres examens spécialisés éventuels
 - les comptes rendus écrits des consultations de suivi
 - les copies des ordonnances
 - le certificat médical de guérison ou de consolidation descriptif des séquelles
- Ces documents permettront d'apprécier les préjudices éventuels subis par la victime :
 - les copies des avis des arrêts de travail ou d'activité
 - les notifications de classement en invalidité
 - la copie du rapport médical réalisé en vu du classement en invalidité
 - les 3 derniers avis d'imposition ou de non imposition
 - les bulletins de salaire ou justificatifs de paiement des indemnités des ASSEDIC, retraite... précédant l'accident
 - les justificatifs d'indemnisation des organismes sociaux (cf. Sécurité sociale ou tout organisme assimilé)
 - les justificatifs des sommes versées ou à verser par les organismes d'assurance (cf. notamment entreprises d'assurances, mutuelles et institutions de prévoyance)
 - la copie du livret de famille
 - l'attestation de PACS établie par le tribunal d'instance
 - le relevé d'identité bancaire de la victime
 - les copies de remboursements des frais médicaux organisme social, organismes d'assurances (cf. notamment entreprises d'assurances, mutuelles et institutions de prévoyance)
 - les devis liés à l'aménagement du domicile ou du véhicule le cas échéant
 - les factures nominatives des frais d'aménagement éventuels engagés suite à l'accident
 - la copie de la prise en charge de l'APA
 - la copie de la déclaration d'accident auprès d'un autre assureur (responsabilité civile, assurance scolaire...)
 - les copies des conditions générales et particulières des contrats souscrits auprès d'autres assureurs et garantissant les dommages corporels
 - les copies des quittances d'indemnisation détaillées par poste émises par les éventuels autres assureurs au titre du même sinistre dans le cadre d'une garantie de dommages corporels
 - la copie de la déclaration d'accident médical faite auprès de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation rattachée à l'Office National d'Indemnisation des accidents médicaux
 - la copie du rapport d'expertise réalisée par la CRCI

En cas de Décès

Pièces exigibles quelle que soit la situation :

1 - Les pièces administratives suivantes doivent être adressées afin de justifier du décès de l'assuré, de son identité et de celle du(des) bénéficiaire(s) :

- le certificat médical de décès précisant la nature du décès
- l'extrait de l'acte de décès
- le certificat d'hérédité ou de notoriété
- la copie du livret de famille
- l'attestation de PACS établie par le tribunal d'instance
- les copies des pièces d'identité du ou des bénéficiaires

2 - Outre les pièces visées au 1 ci-dessus, les pièces suivantes doivent être fournies à MNH Prévoyance, afin qu'il puisse se forger une opinion sur le sinistre.

- Ces documents permettront d'apprécier les circonstances du sinistre :
 - les bulletins de situation
 - les comptes rendus d'hospitalisation
 - les comptes rendus opératoires
 - les comptes rendus écrits de radiographies, scanner, IRM, échographies et autres examens spécialisés éventuels
 - la copie du compte rendu d'autopsie
 - la copie du procès verbal de police et/ou de gendarmerie
 - la copie de l'éventuel dépôt de plainte
- Ces documents permettront d'apprécier les préjudices éventuels subis par le(s) bénéficiaire(s)
 - les 3 derniers avis d'imposition ou de non imposition de la victime
 - les 3 derniers bulletins de salaire de la victime ou justificatifs de paiement des indemnités des ASSEDIC, retraite...
 - les justificatifs d'indemnisation des organismes sociaux (cf. Sécurité sociale ou tout organisme assimilé)
 - les justificatifs des sommes versées ou à verser par les organismes d'assurance (cf. notamment entreprises d'assurances, mutuelles et institutions de prévoyance)
 - les factures nominatives acquittées des frais d'obsèques
 - les relevés d'identité bancaire du/ou des bénéficiaires
 - les copies des conditions générales et particulières des contrats souscrits et garantissant les dommages corporels
 - les copies des quittances d'indemnisation détaillées par poste émises par les éventuels autres assureurs au titre du même sinistre dans le cadre d'une garantie de dommages corporels
 - la copie de la déclaration d'accident auprès d'un autre assureur (responsabilité civile, assurance scolaire...)
 - la copie de la déclaration d'accident médical faite auprès de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation rattachée à l'Office National d'Indemnisation des accidents médicaux
 - les factures nominatives des frais divers liés au décès de la victime (transport, hébergement, restauration)

LEXIQUE relatif à la garantie MNH MEDICEO Accidents de la Vie

Accident : on entend par accident toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'adhérent, et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent : personne physique qui adhère, à titre individuel, à MNH Prévoyance et à l'offre MNH MEDICEO Accidents de la Vie issue du règlement mutualiste, qui répond aux conditions d'adhésion, qui signe le bulletin d'adhésion et s'engage à payer les cotisations.

Assuré/personne couverte : personne(s) physique(s) sur laquelle (lesquelles) reposent les garanties .

Bulletin d'adhésion : document contractuel par lequel l'adhérent demande à adhérer à l'offre MNH MEDICEO Accidents de la Vie, fournit les renseignements nécessaires à son adhésion et choisit, le cas échéant, les options et garanties qui lui sont proposées.

Certificat d'adhésion : document contractuel qui formalise les dispositions spécifiques à l'adhérent et aux caractéristiques de son adhésion (montant des garanties, cotisation...).

Concubin : est seule reconnue comme concubin la personne non mariée, vivant sous le même toit que l'adhérent, lui-même non marié et pouvant le justifier par tout moyen.

Conjoint : on entend par conjoint la personne unie à une autre par le mariage, non séparée de corps ou de fait, non divorcée.

Consolidation (ou consolidation médico-légale) : la consolidation médico-légale correspond au moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain taux d'Incapacité Permanente réalisant un préjudice.

Délai de prescription : délai au-delà duquel aucune action dérivant de l'offre ne peut plus être intentée.

Enfant : on entend par enfant de la personne couverte, enfants légitimes, naturels ou adoptifs, fiscalement à sa charge.

Évaluation en droit commun : évaluation des préjudices subis qui tient compte de la situation particulière de la victime (âge, profession, revenus...) et de la jurisprudence des tribunaux français, c'est-à-dire de l'ensemble des solutions apportées par les décisions de justice dans l'application du droit français.

Incapacité Permanente : réduction définitive, totale ou partielle des capacités physiques, psychosensorielles et/ou intellectuelles, évaluées médicalement à la date de la consolidation médico-légale, son taux est mesuré sur une échelle de 0 à 100 %, en dehors de toute considération professionnelle, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun - concours médical - dernière édition parue à la date d'évaluation.

Partenaire lié par un PACS : est seul reconnu à ce titre, le partenaire de l'adhérent vivant sous le même toit que l'adhérent, et avec lequel il a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Petits-enfants : les enfants mineurs de moins de 18 ans légitimes, naturels ou adoptifs, des enfants de la personne couverte légitimes, naturels ou adoptifs et de ceux de son conjoint ou concubin ou partenaire cosignataire d'un PACS.

Prestation à caractère indemnitaire versée par la mutuelle : somme versée par la mutuelle en réparation d'un préjudice et dont le montant est évalué selon les règles du droit commun et du Code de la mutualité.

Tiers : toute personne physique ou morale non couverte par l'offre.

Tiers payeurs : tous les organismes ayant versé des prestations indemnitaires au titre de l'accident en cause.

Vie privée : concernent la vie privée de la personne couverte les activités suivantes :

- toutes les activités autres que professionnelles et trajets professionnels,
- toutes fonctions autres que publiques, électives ou syndicales,
- toutes les activités associatives sauf lorsqu'elles sont rémunérées.

En cas d'accident

▶ **Pour déclarer l'accident :**

▶ **N°Cristal** 09 69 370 191

APPEL NON SURTAXE

▶ **Pour déclencher les services d'assistance :**
05 49 34 80 00 ou +33 549 348 000 depuis l'étranger.

MNH Prévoyance - Siège social, 331 avenue d'Antibes - 45213 MONTARGIS CEDEX - n° SIREN 484 436 811 - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité.

IMA Assurances - Société Anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré - Siège social, 118 Avenue de Paris - 79000 NIORT - RCS NIORT 481 511 632 - Entreprise régie par le Code des assurances.



Protéger les professionnels de la santé
et du social, tout simplement

www.mnh.fr/mediceo