

# family autonomie

## NOTICE D'INFORMATION



SPB Family Courtage  
Family Autonomie  
71 quai Colbert  
76600 Le Havre

Tél : **0 808 800 500** Service gratuit  
+ prix appel

Du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours légalement fériés et/ou chômés et sauf interdiction législative ou réglementaire).

E-mail : [serviceclient@spbfamily.eu](mailto:serviceclient@spbfamily.eu)

Retrouvez l'ensemble de nos produits d'assurance et nos conseils sur : [www.spbfamily.eu](http://www.spbfamily.eu)

Family Autonomie est composé de garanties d'assurance et de garanties d'assistance dont les dispositions sont détaillées ci-après dans la Notice d'information relative à chaque type de garanties.

**Important** : La Notice d'information de votre adhésion est un document juridique essentiel. Lisez-la dès aujourd'hui et classez-la avec vos autres papiers importants.

# FAMILY AUTONOMIE - Garanties d'assurance incluses

Le Contrat n° 96.097 est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative (ci-après « le Contrat d'assurance ») :

- Souscrit par l'**Association Souscription Avenir Family** : Association à but non lucratif régie par la Loi du 1er juillet 1901, dont le siège social est situé 71, quai Colbert - 76600 Le Havre (ci-après « le Souscripteur »),
- Auprès d'**ORADEA VIE** - Société Anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 26 704 256 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 430 435 669, dont le siège social est situé Tour D2 – 17bis place des Reflets – 92919 Paris la Défense Cedex (ci-après « l'Assureur »),
- par l'intermédiaire de **SPB Family Courtage** – SAS de courtage d'assurance au capital de 50.000 euros dont le siège social est situé, 71 quai Colbert - 76600 Le Havre [www.spbfamily.eu](http://www.spbfamily.eu), immatriculée au RCS du Havre sous le n°821 784 840 et à l'ORIAS sous le n° 16004724 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)).
- Géré par **SPB Family Courtage**.
- Distribué par SPB Family Courtage : SAS de courtage d'assurance au capital de 50.000 euros dont le siège social est situé, 71 quai Colbert - 76600 Le Havre- [www.spbfamily.eu](http://www.spbfamily.eu), immatriculée au RCS du Havre sous le n°821 784 840 et à l'ORIAS sous le n° 16004724 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)).

Le Contrat d'assurance relève des branches 1 et 2 (Accident et Maladie) pour lesquelles ORADEA VIE a reçu un agrément.

Autorité chargée du contrôle de l'Assureur, du Courtier gestionnaire et distributeur : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, 75436 Paris.

## SOMMAIRE

- |  |   |
|--|---|
| 1. DÉFINITIONS                                   | 9. FACULTÉ DE RÉSILIATION               |
| 2. OBJET DE L'ASSURANCE - DOCUMENTS CONTRACTUELS | 10. PRESCRIPTION                        |
| 3. CONDITIONS D'ADMISSION À L'ASSURANCE          | 11. INFORMATIONS                        |
| 4. DATE D'EFFET ET DURÉE D'ADHÉSION              | 12. RÉCLAMATIONS                        |
| 5. DESCRIPTION DES GARANTIES                     | 13. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES |
| 6. COTISATION                                    | 14. CONVENTION SUR LA PREUVE            |
| 7. RÉGLEMENT DES PRESTATIONS                     | 15. FONDS DE GARANTIE                   |
| 8. FACULTÉ DE RENONCIATION                       | 16. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE    |
|  | 17. CLAUSE LITIGE                       |
|  | 18. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES      |

## 1. DÉFINITIONS

- **Accident** : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant de l'action brusque, soudaine et violente d'une cause extérieure dont l'Assuré est victime et qui entraîne, dans un délai maximum de 12 mois après l'Accident, la Dépendance Totale ou Partielle de l'Assuré. **Ne sont jamais considérés comme Accident au titre de la garantie, les accidents cérébraux ou cardiovasculaires, quelle qu'en soit l'origine.**
- **Actes de la vie quotidienne (AVQ)** : quatre actes élémentaires de la vie quotidienne sont appréciés pour évaluer l'état de Dépendance.
  - Faire sa toilette : capacité à satisfaire à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles : c'est-à-dire laver le haut et le bas du corps.
  - S'alimenter : capacité à boire et manger des aliments préalablement servis et coupés.
  - S'habiller : capacité à s'habiller et à se déshabiller, avec recours éventuel à des vêtements adaptés. Le seul handicap de ne pas pouvoir mettre ou enlever ses chaussures n'entre pas en considération.
  - Se déplacer : capacité à se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés. Si l'Assuré peut se déplacer seul à l'aide d'une canne, de béquilles ou de tout autre équipement adapté, il sera considéré qu'il est capable de se déplacer seul.
- **Adhérent** : l'Adhérent est la personne physique, membre de l'association souscriptrice du Contrat d'assurance, répondant aux conditions d'admission définies dans l'article 3.1 de la présente Notice d'information. Il est désigné sur le Certificat individuel d'adhésion aux garanties d'assurance et est chargé du paiement des cotisations. Une seule adhésion au Contrat d'assurance sera acceptée par Assuré.
- **Altération des fonctions cognitives** : l'existence d'un déficit cognitif sévère est appréciée par la nécessité de l'Assuré de recourir constamment à la surveillance ou l'incitation d'un tiers pour réaliser les actes élémentaires de la vie quotidienne tels que définis précédemment. L'appréciation du déficit cognitif peut être validée par des tests complémentaires.
- **Assistance constante d'une tierce personne** : par assistance d'une tierce personne, on entend l'aide formelle ou informelle d'un membre du personnel paramédical, d'un auxiliaire de vie, d'un parent ou d'un ami pour effectuer les actes élémentaires de la vie quotidienne. Cette aide peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide-ménagère comme les courses ou le ménage.
- **Assuré** : l'Assuré est la personne physique sur laquelle reposent les risques. Dans le présent Contrat d'assurance, l'Assuré est la personne bénéficiaire du capital garanti ou de la rente. Le terme Assuré désigne l'Adhérent ou, le cas échéant dans les mêmes conditions d'admission, le conjoint de l'Adhérent.
- **Certificat individuel d'adhésion** : document signé par l'Assureur sur lequel sont précisées les garanties choisies et la personne assurée.
- **Conjoint** : est considéré comme conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil.
- **Date de reconnaissance de l'état de dépendance** : une fois l'état de dépendance admis par l'Assureur, la date de reconnaissance de l'état de dépendance est la date de réception du certificat médical établi sur le modèle de l'Assureur.
- **Délai d'attente** : période démarrant à la date d'effet de l'adhésion et pendant laquelle l'Assuré n'est pas garanti en cas de Dépendance Totale ou Partielle.
- **Dépendance Totale** : est reconnu en état de Dépendance Totale l'Assuré dont l'état de santé est consolidé, permanent et irréversible et qui satisfait aux trois conditions cumulatives suivantes :
  - l'état de santé de l'Assuré justifie définitivement l'Assistance d'une tierce personne,
  - l'Assuré est reconnu dans une situation de dépendance correspondant aux groupes 1 ou 2 de la grille AGGIR,
  - et, selon la nature de la dépendance.

**Dépendance physique** : l'Assuré est dans l'incapacité totale et définitive, médicalement constatée, d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers, au moins 3 des 4 actes de la vie quotidienne (AVQ).

**Dépendance psychique** : l'Assuré est atteint d'une démence médicalement diagnostiquée et constatée par l'obtention d'un score inférieur ou égal à 10 au test psychotechnique «Folstein» pratiqué par un neuropsychiatre.

• **Dépendance Partielle** : est reconnu en état de Dépendance Partielle l'Assuré dont l'état de santé est consolidé, permanent et irréversible et qui satisfait aux trois conditions cumulatives suivantes :

- l'état de santé de l'Assuré justifie définitivement l'Assistance d'une tierce personne,
- l'Assuré est reconnu dans une situation de dépendance correspondant aux groupes 1, 2 ou 3 de la grille AGGIR,
- et, selon la nature de la Dépendance.

**Dépendance physique** : l'Assuré est dans l'incapacité totale et définitive, médicalement constatée, d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers, au moins 2 des 4 actes de la vie quotidienne (AVQ);

**Dépendance psychique** : l'Assuré est atteint d'une démence médicalement diagnostiquée et constatée par l'obtention d'un score inférieur à 15 au test psychotechnique « Folstein » pratiqué par un neuropsychiatre.

• **État de santé consolidée** : un état de santé est consolidé lorsqu'en l'état actuel des connaissances médicales, la réduction des facultés fonctionnelles et cognitives est jugée permanente et irréversible (sans possibilité d'amélioration significative).

• **Franchise** : nombre de jours consécutifs et ininterrompus à partir de la date de reconnaissance de l'état de dépendance au-delà duquel l'Assureur est susceptible de verser les prestations.

• **Groupes Iso-Ressources 1, 2 et 3 de la grille AGGIR :**

- **GIR 1** : ce groupe correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent les personnes en fin de vie.

- **GIR 2** : ce groupe comprend deux groupes de personnes âgées : celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer (souvent dénommées les "déments déambulants").

- **GIR 3** : ce groupe correspond aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour la toilette et l'habillement.

• **Incapacité totale et définitive à réaliser un acte de la vie quotidienne (AVQ)** : l'incapacité à réaliser un AVQ est avérée lorsque la personne est totalement et définitivement incapable de réaliser cet acte, de manière spontanée (i.e. en dehors de toute incitation extérieure), habituelle, à bon escient, sans l'aide d'un tiers, y compris avec l'utilisation d'aides techniques adaptées. L'incapacité totale et définitive à réaliser un AVQ doit être réputée irréversible au moment de l'évaluation.

• **Maladie** : toute altération de l'état de santé de l'Assuré d'origine non traumatique constatée par une autorité médicale reconnue.

• **Test « Folstein »** : outil utilisé pour évaluer l'état de Dépendance Psychique : ce test doit être réalisé par un neurologue ou le psychiatre traitant de l'Assuré, par interrogation de la personne dépendante.

## 2. OBJET DE L'ASSURANCE – DOCUMENTS CONTRACTUELS

L'adhésion au Contrat d'assurance est constituée des éléments suivants :

- la présente Notice d'information,
- la Fiche d'information et de conseil,
- l'IPID (Document d'information sur le produit d'assurances)
- le Certificat individuel d'adhésion.

La garantie a pour objet :

- le versement d'une rente en cas de Dépendance Totale,
- le versement d'une rente ou d'un capital (selon le choix de l'Adhérent) en cas de Dépendance Partielle.

La Dépendance Totale ou Partielle doit être consécutive à un Accident ou à une Maladie survenant postérieurement à la date d'effet de l'Adhésion et pendant la période de validité de l'adhésion au Contrat d'assurance en dehors du délai d'attente. Les montants de la rente et du capital le cas échéant, sont ceux qui figurent sur le Certificat individuel d'adhésion en vigueur à la date de reconnaissance de l'état de Dépendance.

## 3. CONDITIONS D'ADMISSION À L'ASSURANCE

### 3.1. Conditions d'admission de l'Adhérent

Toute personne physique peut demander à adhérer au Contrat d'assurance aux conditions suivantes :

- être âgé de plus de 40 ans et de moins de 70 ans au 31 décembre de l'année de l'adhésion ;
- avoir répondu « Je certifie » à toutes les questions de la Déclaration d'état de santé (DES) ;
- être résident en France métropolitaine (hors Corse) ;
- ne pas être déjà titulaire d'une adhésion au Contrat d'assurance.

### 3.2. Conditions d'admission du conjoint

Si l'Adhérent souhaite que son conjoint soit couvert dans le cadre de son adhésion, ce dernier doit remplir les mêmes conditions d'admission que celles citées dans l'article 3.1.

## 4. DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le Certificat individuel d'adhésion aux garanties d'assurance de Family Autonomie pour une durée d'un an. Elle se renouvelle d'année en année à la date anniversaire de l'adhésion par tacite reconduction pour autant que l'Adhérent soit à jour du paiement de ses cotisations et que l'adhésion soit en vigueur. L'adhésion est en vigueur si elle n'est pas résiliée et si l'Adhérent est en vie.

Le renouvellement ne donne pas lieu à reconduction du délai d'attente.

## 5. DESCRIPTION DES GARANTIES

### 5.1. Garanties

---

Le Contrat d'assurance prévoit :

- le versement à l'Assuré d'une rente en cas de Dépendance Totale. Cette rente est viagère et payée mensuellement à terme échu. Le montant de cette rente correspond à celui choisi lors de l'adhésion et figure sur le Certificat individuel d'adhésion aux garanties d'assurance. Il est plafonné à un maximum de 800 (huit cents) euros par mois par Assuré.
- le versement à l'Assuré d'une prestation en cas de Dépendance Partielle. Cette prestation est versée soit sous forme de capital soit sous forme de rente au choix de l'Adhérent lors de l'adhésion. Si l'Adhérent fait le choix du versement d'une rente en cas de Dépendance Partielle, le montant de cette rente figure sur le Certificat individuel d'adhésion aux garanties d'assurance et correspond à celui versé en cas de Dépendance Totale réduit de 50%, et ne peut donc pas excéder 400 (quatre cents) euros par mois par Assuré. Si l'Adhérent fait le choix du versement d'un capital en cas de Dépendance Partielle, le montant de ce capital figure sur le Certificat individuel d'adhésion aux garanties d'assurance. Il est plafonné à 10 000 (dix mille) euros par Assuré.

Pour toutes ces garanties, une franchise de 90 (quatre-vingt-dix) jours est appliquée à compter de la date de reconnaissance de l'état de Dépendance.

### 5.2. Délai d'attente

---

**Ne sont pas garantis :**

- **Durant les trois premières années (1095 jours) de l'adhésion au Contrat d'assurance l'état de Dépendance dû à une maladie neurologique, neurodégénérative ou psychiatrique ainsi que les états de démence sénile invalidante, les maladies d'Alzheimer et de Parkinson ou la sclérose en plaques ;**
- **Durant la première année de l'adhésion au Contrat d'assurance pour un état de Dépendance dû à une maladie autre que celles citées ci-dessus ;**
- **En revanche, l'état de Dépendance dû à un accident postérieur à la date d'effet de l'adhésion est garanti immédiatement.**

Dans le cas où l'état de Dépendance est reconnu pendant le délai d'attente ou s'il résulte directement ou indirectement d'une maladie ayant débuté pendant le délai d'attente, l'Assureur ne prendra pas en charge le sinistre et il y aura résiliation de l'adhésion avec remboursement des primes perçues sauf s'il est constaté une fausse déclaration intentionnelle, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

### 5.3. Augmentation de garantie

---

Une augmentation du montant des garanties (rente ou capital) est possible à condition que :

- l'Adhérent en fasse la demande,
- l'Assuré soit âgé de moins de 70 ans au 31 décembre de l'année en cours au moment de la demande,
- l'Assuré se soumette à de nouvelles formalités médicales, comme lors de l'adhésion initiale.

En cas d'acceptation par l'Assureur, les règles de prise d'effet des garanties restent identiques à celles de l'adhésion initiale. Le tarif applicable est celui correspondant à l'âge atteint au 31 décembre de l'année en cours, au taux de cotisation en vigueur à la date d'effet de l'augmentation. Un nouveau délai d'attente sera appliqué exclusivement sur l'augmentation.

En cas de refus par l'Assureur, les garanties initiales sont maintenues.

En tout état de cause et sans tenir compte des revalorisations :

- la rente mensuelle garantie ne pourra excéder 800 (huit cents) euros par Assuré en cas de Dépendance Totale et 400 (quatre cents) euros par Assuré en cas de Dépendance Partielle.
- le capital garanti ne pourra excéder 10 000 (dix mille) euros par Assuré en cas de Dépendance Partielle.  
L'option d'augmentation ne pourra s'exercer qu'une seule fois dans la vie du Contrat d'assurance. Elle prendra effet à la première échéance de cotisation suivant la demande d'augmentation.

En cas de déclaration de sinistre postérieure à l'augmentation pour un état de Dépendance consécutif à un accident antérieur à l'augmentation ou un événement médicalement constaté antérieurement à l'augmentation, seules les prestations prévues antérieurement à l'augmentation de garantie pourront être versées.

### 5.4. Diminution de garantie

---

L'Adhérent peut demander à diminuer le montant des garanties (rente ou capital). Ce montant ne pourra être ré-augmenté par la suite sauf nouvelles formalités médicales et acceptation de l'Assureur, et sous réserve que l'âge de l'Assuré lors de la demande d'augmentation du montant de la garantie, n'excède pas l'âge d'adhésion maximum fixé à 70 ans au 31 décembre de l'année de la demande.

Le nombre de diminutions n'est pas limité sous réserve de :

- ne pas dépasser le plancher de la rente minimum de 400 (quatre cents) euros mensuel par Assuré en cas de Dépendance Totale et 200 (deux cents) euros en cas de Dépendance Partielle ;
- ne pas dépasser le plancher du capital minimum de 2 500 (deux mille cinq cents) euros par Assuré en cas de Dépendance Partielle.  
Au cours des 12 (douze) premiers mois suivant la date d'effet de l'Adhésion, une seule modification du montant des garanties, que ce soit pour une augmentation ou pour une diminution, ne sera possible.



## 5.5. Exclusions

---

Sont exclues de la garantie Family Autonomie les conséquences :

- du fait volontaire ou intentionnel de l'Assuré, d'une tentative de suicide ou d'une auto-mutilation ;
- d'un accident survenu avant la date d'effet de l'Adhésion au Contrat d'assurance ;
- d'une maladie dont la première constatation médicale est antérieure à la date de signature de la demande d'adhésion ;
- de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou à des doses supérieures à celles prescrites médicalement ;
- de la consommation de boissons alcoolisées constatée par un taux d'alcool égal ou supérieur au taux légal défini par le Code de la route ainsi que les complications physiques ou neuropsychiatriques d'abus chronique ou de consommation excessive de boissons alcoolisées ;
- du refus de l'Assuré d'accepter les pratiques thérapeutiques adéquates jugées indispensables par le corps médical ;
- de guerre civile ou de guerre étrangère, d'émeute, d'actes de terrorisme dans lesquels l'Assuré aura pris une part active
- de rixe, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;
- directes ou indirectes d'une transmutation de noyaux d'atome ou de radioactivité ;
- de la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- de la pratique d'un sport en compétition, de tentative de record ou d'entraînement à la tentative de record ;
- de la pratique des sports ou activités de loisir suivants : plongée ou pêche sous-marine au-delà de 40 mètres de profondeur, sport de combat ou art martial, bobsleigh, luge, hockey, saut à ski, descente de rapide, saut à l'élastique, parachutisme, U.L.M., deltaplane, pratique de l'alpinisme ou de l'escalade, pratique de sports mécaniques, de voltige aérienne.

## 6. COTISATION

### 6.1. Montant de la cotisation

---

Le montant des cotisations dues au titre de Family Autonomie est déterminé en fonction de l'âge de l'Adhérent et, le cas échéant, de celui de son conjoint, à la date d'adhésion, des montants garantis choisis et des conditions tarifaires en vigueur à la date d'adhésion. Ce montant figure sur le Certificat individuel d'adhésion aux garanties d'assurance. Le montant de la cotisation pourra être révisé annuellement par l'Assureur en accord avec le Souscripteur dans les conditions visées à l'article 6.4.

### 6.2. Modalités de paiement

---

Les cotisations sont viagères, payables mensuellement d'avance et prélevées sur le compte de l'Adhérent.

### 6.3. Exonération des cotisations

---

En cas de survenance d'un état de Dépendance Totale ou Partielle donnant lieu au versement d'une prestation, les cotisations afférentes à l'Assuré en état de Dépendance cessent d'être dues à compter de la première échéance de cotisation suivant la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état de Dépendance et ce aussi longtemps que l'état de Dépendance de l'Assuré est maintenu.

### 6.4. Révision de la cotisation

---

Le montant des cotisations est révisable par l'Assureur :

- moyennant un préavis de 90 (quatre-vingt-dix) jours, si les résultats techniques et/ou financiers du Contrat d'assurance le requièrent ou si l'évolution constatée ou projetée des statistiques nationales ou de marchés relatives aux contrats d'Assurance couvrant le risque le requiert,
- en cas de modification des taxes auxquelles ce Contrat d'assurance pourrait être soumis.

Par ailleurs, si une décision législative, réglementaire ou fiscale a pour conséquence de modifier les engagements de l'Assureur, celui-ci se réserve le droit d'adapter en conséquence soit la cotisation, soit les garanties. Toute modification du montant de la cotisation est notifiée à l'Adhérent 3 (trois) mois avant sa prise d'effet. L'Adhérent dispose alors d'un délai de 30 (trente) jours pour la refuser. Ce délai court à partir du moment où il a été informé de la révision de la cotisation par le Souscripteur. La modification prendra effet à l'échéance annuelle de l'adhésion.

En cas de refus de la part de l'Adhérent, les garanties seront réduites selon le barème de l'Assureur en vigueur à la date de réduction. La valeur de réduction est calculée en fonction du nombre d'année effectivement cotisées.

### 6.5. Revalorisation

---

Les montants des rentes en cours de service seront revalorisés chaque année en fonction de l'évolution des points AGIRC, et ce dans la limite du fonds de revalorisation créé par l'Assureur au titre du Contrat d'assurance.

### 6.6. Retard ou défaut de paiement

---

En cas de cessation de paiement de l'une des cotisations, SPB Family Courtage, sous mandat de l'Association, adresse dans les 10 (dix) jours qui suivent son échéance, une lettre recommandée avec accusé de réception, informant l'Adhérent qu'en l'absence de régularisation dans un délai de 40 (quarante) jours, l'adhésion sera résiliée conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances et dans les conditions visées à l'article 9.2.

## 7. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

### 7.1. Déclaration de l'état de Dépendance et règlement des prestations

---

En cas de survenance d'un état de Dépendance couvert par le Contrat d'assurance, il appartient à l'Assuré, ou à une personne de son entourage, d'informer le Courtier. À réception du questionnaire médical de déclaration de dépendance, l'Assuré ou une personne de son

entourage doit renvoyer ce document dûment complété, daté et signé par le médecin traitant dans un délai de 90 (quatre-vingt-dix) jours.

Tout retard injustifié (sauf cas fortuit ou cas de force majeure) dans la déclaration de dépendance fera perdre à l'Assuré le bénéfice des prestations prévues si le retard rend impossible de savoir si la dépendance résulte ou non des risques exclus. La demande de prise en charge sera adressée sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du Courtier à l'adresse suivante :

SPB Family Courtage – Family Autonomie  
À l'attention du médecin conseil  
71 quai Colbert  
76600 Le Havre

Lorsque l'état de dépendance est reconnu par l'Assureur :

- en cas de Dépendance Totale, une rente est versée à l'issue d'un délai de franchise de 90 (quatre-vingt-dix) jours à compter de la date de reconnaissance de l'état de Dépendance, sous réserve du délai d'attente visée à l'article 5.2.
  - en cas de Dépendance Partielle, une rente ou un capital est versé à l'issue d'un délai de franchise de 90 (quatre-vingt-dix) jours à partir de la date de reconnaissance de l'état de Dépendance, sous réserve du délai d'attente visée à l'article 5.2.
- Pour le conjoint assuré, le règlement de la prestation sera versé sur le compte de son choix.

## **7.2. Territorialité**

---

Seuls les états de Dépendances survenant en France métropolitaine (hors Corse) ou Monaco, ainsi que les états de Dépendances survenant à l'étranger lors d'un séjour ne dépassant pas 3 (trois) mois consécutifs seront couverts. L'état de Dépendance sera expertisé en France métropolitaine (hors Corse) ou Monaco.

## **7.3. Contestation de l'évaluation par l'Assureur de l'état de santé**

---

Dans le cas où l'Assuré et son médecin traitant seraient en désaccord avec la décision du médecin conseil de l'Assureur, il sera procédé à l'établissement d'une tierce expertise aux termes duquel l'Assuré et l'Assureur s'en remettent à la décision d'un médecin expert.

Ce médecin sera choisi sur la liste des experts auprès des tribunaux parmi les spécialistes en gériatrie. À défaut d'entente sur ce choix, l'expert sera désigné par le tribunal de grande instance du domicile de l'Assuré qui statuera à la requête de la partie la plus diligente.

Les honoraires et frais relatifs à ce troisième médecin seront supportés à charges égales par l'Adhérent et l'Assureur, ceux-ci s'interdisant d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise n'aura pas eu lieu.

Un dossier refusé par l'Assureur pourra de nouveau être examiné par le médecin conseil de l'Assureur aux conditions suivantes :

- expiration d'un délai de 3 (trois) mois minimum depuis la dernière étude ;
- fourniture de pièces justificatives actualisées, comportant des éléments nouveaux, apparus depuis la dernière demande, attestant de l'aggravation de l'état de santé de l'Assuré ;
- adhésion en vigueur à la date du nouvel examen.

## **7.4. Constitution du dossier de demande de prise en charge**

---

L'Assuré devra fournir les éléments suivants afin de constituer son dossier de demande de prise en charge :

- le Certificat individuel d'adhésion aux garanties d'assurance ;
  - le questionnaire médical de déclaration de dépendance dûment complété selon le modèle de l'Assureur, daté et signé par le médecin traitant de l'Assuré qui sera remis au médecin conseil de l'Assureur,
  - le dossier médical comportant les comptes rendus d'hospitalisation, et, le cas échéant, le résultat des examens complémentaires effectués ainsi que des tests psychotechniques,
  - le document de prise en charge éventuelle par le régime obligatoire au titre du forfait soins journaliers permettant d'attester d'une manière constante :
- en cas de dépendance d'origine physique :
    - de l'assistance à domicile d'une tierce personne ;
    - rémunérée complétant les services de soins pris en charge par le régime obligatoire (Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 et Décret n° 81-448 du 8 mai 1981) ;
    - d'une hospitalisation en centre de long séjour, reconnue et prise en charge par le régime obligatoire (Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 et Circulaire n° 1575 du 24 septembre 1971) ;
    - d'un hébergement en section de cure médicale pris en charge par le régime obligatoire (Décret n° 78-478 du 29 mars 1978).
  - en cas de dépendance d'origine psychique :
    - d'un séjour en établissement psychiatrique (unité, centre ou hôpital) dans le cadre de l'hébergement en établissement spécialisé reconnu et pris en charge par le régime obligatoire ;
    - de l'assistance à domicile d'une tierce personne rémunérée complétant les soins pris en charge par le régime obligatoire.
  - en cas d'invalidité 3ème catégorie de la Sécurité sociale avant 60 ans, faire parvenir à l'Assureur le titre d'invalidité 3ème catégorie avec recours à l'assistance d'une tierce personne. (Article L. 314-4 du Code de la sécurité sociale).
- Tout autre document demandé par l'Assureur pour la constitution du dossier.

## 7.5. Formalités à remplir par l'Assuré pendant le service de la rente

---

Le paiement de la rente est subordonné à la production annuelle d'une attestation de vie selon modèle de l'Assureur, signée par l'Assuré ou son représentant légal.

Pendant le service de la rente, l'Assuré ou son représentant légal sera de plus tenu d'informer l'Assureur, dans un délai de 30 (trente) jours, de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré, et notamment d'aviser l'Assureur de son changement d'établissement ou de son retour éventuel à son domicile ou à celui d'un proche.

## 7.6. Contrôle médical

---

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit, pour toute prise en charge d'un état de Dépendance ou pour la poursuite du versement de la rente, de :

- demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier de demande de prise en charge ;
- contrôler les déclarations qui lui sont faites ;
- ne pas suivre la position du régime obligatoire ;
- faire pratiquer les examens médicaux qu'il jugera nécessaires ;
- faire expertiser, à ses frais, l'état de santé de l'Assuré par un médecin habilité qu'il désignera.

Dans le cas d'une expertise, le règlement des prestations pourra être suspendu jusqu'à obtention du rapport d'expertise. L'Assuré qui refuserait de se soumettre à l'expertise médicale perdrait ses droits à prestations.

Les documents seront adressés, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du Courtier à l'adresse suivante :  
SPB Family Courtage – Family Autonomie – À l'attention du médecin conseil – 71 quai Colbert 76600 Le Havre.

## 7.7. Fin des prestations

---

La rente dépendance cesse d'être versée à la première des deux dates suivantes :

- décès de l'Assuré,
- cessation de l'état de Dépendance.

L'Assureur doit être avisé du décès de l'Assuré dans un délai de 30 (trente) jours suivant sa survenance. L'arréage des rentes éventuellement versées au titre de la période postérieure au décès devra être remboursé à l'Assureur. Si l'Assuré, qui bénéficie de prestations en cas de Dépendance Totale, n'est plus reconnu en état de Dépendance Totale, la rente cesse de lui être versée, sauf s'il est reconnu par l'Assureur en état de Dépendance Partielle, auquel cas il lui sera versé la prestation prévue à ce titre.

L'Assuré ne pourra en aucun cas bénéficier simultanément des prestations au titre de la garantie Dépendance Totale et de la garantie Dépendance Partielle.

Dès lors qu'un Assuré en état de Dépendance Partielle est reconnu par l'Assureur en état de Dépendance Totale, la rente prévue en cas de Dépendance Totale se substitue à la rente versée au titre de la garantie Dépendance Partielle.

## 8. FACULTÉ DE RENONCIATION

L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion par écrit, sous un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus à compter du jour de réception du Certificat individuel d'adhésion, sans avoir à en justifier le motif ni à supporter de pénalité.

La lettre de renonciation accompagnée de l'original du Certificat individuel d'adhésion aux garanties d'assurance doit être envoyée à :

SPB Family Courtage – Family Autonomie – 71 quai Colbert 76600 Le Havre, rédigée selon le modèle suivant :  
« Je soussigné(e) ..... déclare renoncer à mon adhésion au Contrat d'assurance Family Autonomie N° 96.097.

*Je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes prélevées sur mon compte n° ....., et ce dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente.*

*Date et Signature ».*

La renonciation met fin aux garanties d'assurance et entraîne la restitution à l'Adhérent de l'intégralité des sommes versées dans le délai maximum de 30 (trente) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée et de l'original du Certificat individuel d'adhésion aux garanties d'assurance.

## 9. FACULTÉ DE RÉSILIATION

La résiliation de l'adhésion à Family Autonomie met fin aux garanties d'assurance.

### 9.1. Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

---

L'Adhérent peut demander la résiliation de son adhésion par lettre recommandée à SPB Family Courtage – Family Autonomie - 71 quai Colbert 76600 Le Havre:

- lors du renouvellement annuel moyennant un préavis de 60 (soixante) jours calendaires avant la date anniversaire de l'adhésion, la date de réception par l'Assureur faisant foi ;
- en cas de révision de la cotisation prévue à l'article 6.4.

La résiliation prend effet 30 (trente) jours après réception par l'Assureur de la demande de l'Adhérent. Pendant cette période, la cotisation est due.

## 9.2. Résiliation à l'initiative du Souscripteur :

---

- si l'Adhérent ne paie pas la cotisation due au titre de son adhésion (cf. article 6.6 de la présente Notice d'information) ;
- si l'Adhérent perd sa qualité de membre de l'Association.

## 9.3. Résiliation de plein droit

---

- le jour du décès de l'Assuré ;
- à l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit la résiliation du Contrat par le Souscripteur ou l'Assureur, l'Adhérent devant en être informé au moins 3 (trois) mois avant le terme de l'adhésion ;
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat et en cas de fausse déclaration, conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances ; en cas de sinistre ou de fourniture de documents inexacts ou falsifiés ayant pour but d'obtenir des prestations indues.

## 9.4. Conséquence de la résiliation sur le paiement des prestations - Valeur de réduction

---

En cas de cessation de paiement des cotisations, sous réserve du paiement effectif durant au moins 8 années pleines et consécutives, les garanties Dépendance Totale et Partielle sont maintenues mais pour des montants réduits déterminés en fonction du nombre d'années de cotisations versées au moment de la suspension du paiement.

Le montant de la prestation garantie sera, lors de la mise en réduction du Contrat d'assurance, au minimum 25% de la prestation garantie à l'origine.

En cas d'augmentation du tarif du Contrat d'assurance, l'Assureur se réserve la possibilité de réviser le montant de la rente réduite tant que l'Assuré n'est pas reconnu dépendant afin de préserver l'égalité des Adhérents.

## 9.5. Situation du conjoint

---

En cas de décès de l'Adhérent au Contrat d'assurance, le conjoint de l'Adhérent a la possibilité :

- soit de garder sa garantie réduite ce qui mettra fin au paiement des cotisations sous réserve du paiement effectif des cotisations durant au moins 8 années pleines et consécutives ;
- soit de changer de statut et devenir Adhérent.

En cas de changement de statut marital, l'Adhérent a la possibilité de mettre fin à la garantie du conjoint et au paiement de la cotisation afférente à ce dernier. Si l'adhésion a plus de 8 ans, les garanties du conjoint sont alors réduites.

Toute demande de changement de statut marital, devra être réalisée par courrier, adressé à SPB Family Courtage – Family Autonomie – 71 quai Colbert 76600 Le Havre, avec le justificatif de changement de statut (acte de divorce, acte d'annulation de Pacs, ...).

## 10. PRESCRIPTION

Toute action découlant du présent Contrat est prescrite par deux ans. Ce délai commence à courir à compter du jour de l'évènement qui donne naissance à cette action, dans les conditions déterminées par les articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des assurances reproduit ci-dessous.

### - Article L. 114-1 :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance

2° 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 l'Assureur 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 l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré. »

### - Article L. 114-2 :

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription citées aux articles 2240 à 2246 du Code civil et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. 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 l'assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Au sens de l'article L. 114-2 ci-dessus, les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont les suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il se prescrivait (article 2240 du Code Civil) ;
- la demande en Justice (articles 2241 à 2243 du Code Civil) ;
- un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code Civil).

### - Article L. 114-3 :

« 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. »

## 11. INFORMATION

Après enregistrement et acceptation de son adhésion, l'Adhérent recevra un Certificat individuel d'adhésion aux garanties d'assurance qui matérialisera son adhésion au Contrat d'assurance.



## 12. RÉCLAMATIONS

En cas de difficulté relative à l'assurance dont il bénéficie, l'Assuré ou son représentant légal peut adresser sa réclamation au département réclamations de SPB Family Courtage, qu'il est possible de saisir selon les modalités suivantes :

- adresse postale : SPB Family Courtage département réclamations – 71 quai Colbert 76600 Le Havre
- formulaire de réclamation en ligne sur le site [www.spbfamily.eu](http://www.spbfamily.eu) ;
- adresse mail : [reclamations@spbfamily.eu](mailto:reclamations@spbfamily.eu) ;

Le département réclamations de SPB Family Courtage s'engage à accuser réception de la réclamation dans les 10 (dix) jours ouvrables suivant sa date d'envoi (même si la réponse à la réclamation est également apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, à apporter une réponse à la réclamation au maximum dans les 2 (deux) mois suivant sa date d'envoi.

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation par le Département Réclamations de SPB Family Courtage, l'Assuré ou son représentant légal peut alors s'adresser à l'Assureur (ORADEA VIE – Service Relations Clients – 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1).

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation par l'Assureur, l'Assuré ou son représentant légal peut alors s'adresser au médiateur suivant :

La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris cedex 09  
Adresse mail : [le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org)

Ce dispositif de médiation est défini par une charte de la médiation consultable sur le site de SPB Family Courtage ([www.spbfamily.eu](http://www.spbfamily.eu)) ou celui de France Assureurs (<https://www.franceassureurs.fr>)

Les dispositions du présent paragraphe s'entendent sans préjudice des autres voies d'actions légales.

## 13. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

L'Adhérent est expressément informé de l'existence et déclare accepter le traitement automatisé de ses données personnelles recueillies auprès de lui par l'Assureur et SPB Family Courtage (et leurs mandataires) dans le cadre de l'adhésion au Contrat, ainsi qu'en cours de gestion de celle-ci.

Il lui est expressément rappelé que, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement des données personnelles, la fourniture de ces informations est obligatoire car nécessaire à la gestion du Contrat, et qu'en conséquence, ces informations pourront être conservées jusqu'au terme de la prescription des actions juridiques pouvant découler du Contrat. Ces informations sont destinées exclusivement à l'Assureur et à SPB Family Courtage (et leurs mandataires) pour les besoins de la gestion du Contrat, à leurs partenaires contractuels concourant à la réalisation de cette gestion ainsi, le cas échéant, qu'aux autorités administratives et judiciaires concernées.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, d'opposition pour motif légitime, de rectification et de portabilité sur les données personnelles le concernant figurant dans les fichiers de l'Assureur ou de SPB Family Courtage. Il dispose également d'un droit de suppression sur les données personnelles le concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite. Ces droits s'exercent selon les modalités définies par les dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement des données personnelles, en contactant SPB Family Courtage, par tout moyen permettant de justifier de son identité, tel qu'un écrit accompagné d'un justificatif d'identité daté et signé, par courrier : SPB Family Courtage – 71 quai Colbert 76600 Le Havre ou par mail : [dpo@spbfamily.eu](mailto:dpo@spbfamily.eu) .

L'Adhérent peut également transmettre (et modifier à tout moment) des directives concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données à caractère personnel après son décès et le cas échéant désigner une personne afin de les mettre en œuvre. En l'absence de directives et/ou de désignation, les dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement des données personnelles s'appliqueront.

Toute déclaration fautive ou irrégulière peut faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir ou identifier une fraude. Les conversations téléphoniques entre l'Adhérent et SPB Family Courtage sont susceptibles d'être enregistrées à des fins de contrôle de la qualité des services rendus ou dans le cadre de la gestion des sinistres.

Les données recueillies pour la gestion de l'adhésion et des sinistres peuvent être transmises, dans les conditions et modalités prévues par les dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement des données personnelles, notamment le Règlement Général européen sur la Protection des Données à caractère personnel (RGPD), et le cas échéant des autorisations obtenues auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), aux filiales et sous-traitants de SPB Family Courtage situés hors Union Européenne.

## 14. CONVENTION SUR LA PREUVE

L'Adhérent convient que les données électroniques et l'enregistrement vocal de son entretien téléphonique (et leur éventuelle transcription écrite) conservés par SPB Family Courtage (et ses mandataires) seront admis comme preuve des opérations effectuées au titre de l'adhésion au présent Contrat d'assurance.

## 15. FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par la loi n° 99-532 du 25 juillet 1999.

## 16. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, le Courtier (et leurs mandataires) et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

## 17. CLAUSE LITIGE

En cas de différend avec l'Assureur ou le Courtier dans le cadre du Contrat d'assurance, l'Assuré peut, selon son choix, décider de recourir devant l'instance de son choix, à une procédure de médiation conventionnelle ou à toute autre procédure amiable ou judiciaire.

## 18. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Si l'Adhèrent désire de plus amples informations, il peut s'adresser au Courtier. Il peut sur simple demande, obtenir un exemplaire de la Notice d'information du Contrat d'assurance en écrivant à : SPB Family Courtage – Family Autonomie – 71 quai Colbert 76600 Le Havre. Site internet : [www.spbfamily.eu](http://www.spbfamily.eu).

# FAMILY AUTONOMIE - Garanties d'assistance incluses

Le Contrat n°9456 est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative (ci-après « le Contrat d'assistance ») :

- souscrit par l'**Association Souscription Avenir Family**, association à but non lucratif régie par la Loi du 1er juillet 1901, dont le siège social est situé 71 quai Colbert 76600 Le Havre (ci-après « le Souscripteur »),
- auprès de **MUTUAIDE ASSISTANCE**, Société anonyme au capital de 12 558 240€ dont le siège social est situé 126, rue de la Piazza – CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX, entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n° 383 974 086 RCS Bobigny – TVA FR 31 383 974 086 (ci-après « l'Assisteur »),
- par l'intermédiaire de **SPB Family Courtage** - SAS de courtage d'assurance au capital de 50.000 euros dont le siège social est situé 71 quai Colbert 76600 Le Havre- [www.spbfamily.eu](http://www.spbfamily.eu), immatriculée au RCS du Havre sous le n°821 784 840 et à l'ORIAS sous le n° 16004724 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)).
- géré par **SPB Family Courtage**,
- distribué par **SPB Family Courtage au capital de 50 000 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés du Havre sous le numéro n°821 784 840, dont le siège social est situé 71 quai Colbert 76600 Le Havre,** Autorité chargée du contrôle de l'Assisteur, du Courtier gestionnaire et le distributeur : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest, 75436 Paris.

## SOMMAIRE

- |  |  |
|--|--|
| 1. DÉFINITIONS   | 7. GARANTIES EN CAS DE BESOIN DE RÉPIT DE L'AIDANT   |
| 2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES  | 8. GARANTIES MAINTIEN À DOMICILE PROPOSÉES EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ |
| 3. INFORMATIONS ET CONSEILS  | 9. GARANTIE EN CAS DE NON MAINTIEN À DOMICILE  |
| 4. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE L'AIDANT OU DE L'AIDÉ | 10. EXCLUSION À L'APPLICATION DES GARANTIES  |
| 5. SOUTIEN DE L'AIDANT EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ       | 11. VIE DU CONTRAT   |
| 6. FORMATION DE L'AIDANT EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE LA PERTE DE L'AUTONOMIE DE L'AIDÉ  |  |

## 1. DÉFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la Notice d'information, entendus avec les acceptions suivantes :

- **Accident corporel** : événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure à l'Adhèrent ou son conjoint et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.
- **Adhèrent** : l'Adhèrent est la personne physique, membre de l'association Souscription Avenir Family souscriptrice du Contrat d'assistance, répondant aux conditions d'admission définies dans l'article 3.1 de la Notice d'information décrivant les garanties d'assurance. Il est désigné sur le Certificat individuel d'adhésion aux garanties d'assurance et est chargé du paiement des cotisations. Une seule adhésion au Contrat d'assistance sera acceptée par Assuré.
- **Aggravation de la perte d'autonomie** : modification de l'état de dépendance d'une personne, attestée par :
  - l'évolution des droits pour la prestation de compensation du handicap (PCH)
  - le changement de classement GIR de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)Dans le cadre de l'adhésion à Family Autonomie, l'aggravation de la perte d'autonomie doit être constatée dans les 12 (douze) mois qui suivent l'entrée en dépendance pour ouvrir droit aux garanties.
- **Aidant** : l'Adhèrent (ou son conjoint), qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie de son conjoint (ou de l'Adhèrent) et qui n'est pas salarié pour cette aide et/ou le proche qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie de l'Adhèrent et qui n'est pas salarié pour cette aide. MUTUAIDE ASSISTANCE n'interviendra que pour l'aidant principal déclaré par la famille lors du premier appel.
- **Aidé** : l'Adhèrent ou son conjoint dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.
- **Besoin de répit** : besoin de repos, consécutif à un épuisement physique ou moral de l'aidant, qui doit permettre à celui-ci de reprendre des forces afin de continuer d'assumer son rôle.
- **Conjoint** : est considéré comme conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Adhèrent, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son

cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil.

- **Domicile** : lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'Adhérent en France. Ne sont pas assimilés au domicile les établissements, médicalisés ou non, ayant pour vocation d'accueillir des personnes en perte d'autonomie ou dépendantes.
- **France** : France métropolitaine.
- **Hospitalisation** : tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.
- **Hospitalisation imprévue** : hospitalisation dont l'Adhérent ou son conjoint n'a connaissance que dans les 7 (sept) jours qui la précèdent.
- **Immobilisation imprévue** : Immobilisation dont l'Adhérent ou son conjoint n'a connaissance que dans les 7 (sept) jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.
- **Maladie** : altération soudaine et imprévisible de la santé, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.
- **Maladie chronique** : maladie répondant à la définition retenue par le Haut Conseil de la santé publique.
- **Perte d'autonomie** : état d'une personne qui relève des droits :
  - à la prestation de compensation du handicap (PCH),
  - ou à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.
- **Proche** : toute personne (parent, représentant légal, voisin, ami, personnel social...) assistant l'Adhérent ou son conjoint dans le bon déroulement de la mise en œuvre des garanties en raison de l'amointrissement de ses capacités physiques et/ou intellectuelles lié à la déclaration de sa perte d'autonomie
- **Téléassistance** : système de télécommunication qui permet à une personne en perte d'autonomie ou isolée d'alerter à distance un professionnel de l'assistance.

## 2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

### 2.1. Objet

---

Les prestations, ci-après décrites, s'appliquent dans les conditions spécifiées à chaque article et à tout moment pour les prestations décrites à l'article 3 :

- Lorsque l'Adhérent ou son conjoint devient aidant ;
- En cas d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible de l'aidant et de l'aidé entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue de l'aidant ou de l'aidé.
- Lorsque l'Adhérent ou son conjoint devient aidé.

En cas d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé, dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie.

### 2.2. Intervention

---

MUTUAIDE ASSISTANCE intervient 24h/24, 7j/7, à la suite d'appels émanant de l'aidant et de l'aidé au numéro suivant : 01.48.82.63.61 (n° non surtaxé) ou 00.33.1.48.82.63.61 depuis l'étranger.

#### 2.2.1. Délai de demande d'assistance

---

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

- garanties liées à la perte d'autonomie mentionnées aux articles 5, 6, 7, 8 et 9 :
  - la demande doit être exercée dans les 12 (douze) mois à compter de la date du document attestant de la perte d'autonomie. Passé ce délai aucune garantie ne sera accordée.
- garanties en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue de l'aidant ou de l'aidé, mentionnées à l'article 4 :
  - la demande, doit être exercée au plus tard dans les 30 (trente) jours qui suivent l'Immobilisation à domicile ou la sortie d'une Hospitalisation.
  - passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

#### 2.2.2. Application des garanties

---

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

Pour évaluer les besoins, MUTUAIDE ASSISTANCE se base sur des critères objectifs liés à l'environnement et à la 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.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par MUTUAIDE ASSISTANCE ou en accord préalable avec elle.

MUTUAIDE ASSISTANCE ne participera pas, après coup, aux dépenses que l'aidant ou l'aidé aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser l'Adhérent, son conjoint ou un proche qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, MUTUAIDE ASSISTANCE pourra apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

#### 2.2.3. Territorialité des garanties d'assistance

---

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine.

### 2.3. Pièces justificatives

---

La mise en œuvre des garanties par MUTUAIDE ASSISTANCE est soumise à la transmission :

- d'un bulletin d'hospitalisation ou d'un certificat médical en cas d'Hospitalisation ou d'immobilisation de l'aidant ou de l'aidé,
- d'un justificatif de perte d'autonomie de l'aidé,
- d'un nouveau justificatif de perte d'autonomie de l'aidé en cas d'aggravation de la situation,
- d'un certificat médical en cas de besoin de répit de l'aidant.

### 3. INFORMATIONS & CONSEILS

Sur appel de l'aidant ou de l'aidé, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, dès l'adhésion, les garanties ci-dessous jusqu'à l'échéance annuelle qui suit la mise en œuvre des garanties d'assurance et la cessation consécutive du paiement de la cotisation à Family Autonomie.

#### 3.1. Informations médicales

---

Une équipe médicale communique des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- perte d'autonomie : attitudes préventives pour prévenir les chutes, conseils sur la santé et informations sur les risques médicaux,
- conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation,
- loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques.

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.

#### 3.2. Recherche médecin, infirmière, intervenant paramédical

---

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant de l'Assuré dépendant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, MUTUAIDE ASSISTANCE communique les coordonnées d'un médecin.

De la même façon, MUTUAIDE ASSISTANCE, peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'une infirmière ou des intervenants paramédicaux.

#### 3.3. Prévention nutrition santé

---

L'aidant et l'aidé peuvent solliciter, du lundi au vendredi (hors jours fériés) une fois sur une période de 12 (douze) mois, des conseils diététiques par téléphone pour prévenir les risques liés à l'alimentation, et plus particulièrement :

- accéder à des informations pratiques pour un bon équilibre alimentaire,
- être sensibilisés à la nutrition des personnes dépendantes, problème de déglutition, de mastication...
- obtenir des réponses à leurs questions sur les déséquilibres alimentaires et les problématiques de la dénutrition chez les personnes dépendantes.

Un bilan nutritionnel peut être réalisé, à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

#### 3.4. Conseil social

---

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge jusqu'à 5 (cinq) entretiens téléphoniques avec l'aidant et/ou l'aidé sur une période de 12 (douze) mois avec un travailleur social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi de 08h30 à 17h00, hors jours fériés.

Le travailleur social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'aidant et de l'aidé en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

#### 3.5. Informations juridiques

---

MUTUAIDE ASSISTANCE met à la disposition de l'aidant, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français.

À titre d'exemple, les domaines concernés sont les suivants : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique (tutelle, curatelle, assurance, choix d'une structure d'accueil, allocation personnalisée d'autonomie...).

#### 3.6. Bilan prévention autonomie

---

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 des 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 (par exemple chute antérieure) : une évaluation au domicile par un ergothérapeute avec remise d'un rapport de recommandations personnalisé.

Cette garantie est limitée à un bilan par an.

## 4. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE L'AIDANT OU DE L'AIDÉ

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 (deux) jours de l'aidant ou de l'aidé  
ou
  - une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 (cinq) jours de l'aidant ou de l'aidé.
- MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, sur une durée maximum de 30 (trente) jours à compter de la date de survenance de l'un des événements cités ci-dessus et se produisant dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie, les garanties suivantes.

### 4.1. Auxiliaire de vie ou Aide-ménagère

---

La venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé (entre 8h et 20h, hors dimanche et jours fériés)

ou

la venue d'une aide-ménagère, ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Les 2 garanties ne sont pas cumulables. Le nombre d'heures attribués est évalué par MUTUAIDE ASSISTANCE selon la situation et ne pourra excéder 30 (trente) heures à raison de 2 (deux) heures minimum par intervention (dont 2 (deux) heures pour la venue si nécessaire d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'aidé).

### 4.2. La venue d'un proche ou le transfert chez un proche

---

Le transport aller/retour en train ou en avion d'un proche en France

ou

le transport non médicalisé de l'aidé chez un proche en France.

Les deux garanties ne sont pas cumulatives et sont prises en charge dans la limite de 200 (deux cents) euros l'aller/retour.

### 4.3. Services de proximité

---

#### Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant de l'aidé ou de l'aidant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'aidant, ni les proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à une livraison par évènement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

#### Portage de repas

La livraison d'un pack de 5 (cinq) à 7 (sept) jours de repas lorsque ni l'aidant, ni les proches ne sont en mesure de préparer les repas pour l'aidé ou de les faire préparer par l'entourage\*. La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

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

#### Portage d'espèces

Le transport aller/retour dans un établissement bancaire proche du domicile

ou

le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 (cent cinquante) euros lorsque l'aidant ou l'aidé ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer.

La somme avancée devra être remboursée à MUTUAIDE ASSISTANCE dans un délai de 30 (trente) jours.

#### Livraison de courses

La livraison d'une commande par semaine lorsque ni l'aidant, ni l'aidé, ni l'un de ses proches ne sont en mesure de faire les courses. Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

#### Coiffure à domicile

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'aidant ou l'aidé, a besoin de soin de coiffure. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par évènement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

### 4.4. Téléassistance

---

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge la mise en place d'un service de téléassistance au domicile de l'aidé, comprenant les frais d'accès et la maintenance du transmetteur de téléalarme, pour une durée maximale de 90 (quatre-vingt-dix) jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé ;
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité ;
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence

Au-delà de la prise en charge de MUTUAIDE ASSISTANCE, l'aidant ou l'aidé pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation est dès lors à sa charge.



## 5. SOUTIEN DE L'AIDANT EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ

Ces garanties sont mises en œuvre uniquement dans les 12 (douze) mois suivant l'entrée en dépendance de l'aidé ou l'Aggravation de son état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie.

### 5.1. Bilan social

---

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge un bilan social réalisé par un travailleur social. Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'aidé en prenant en compte sa ou ses problématiques. Il identifie avec l'aidant les solutions les plus adaptées à la situation :

- choix du lieu de vie
- recherche des aides financières possibles
- identification des ressources locales (accueil de jours, associations, ...)
- mise en place de l'organisation la plus pertinente,
- identifie les priorités et adresse une synthèse avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés de 8h30 à 17h, hors jours fériés, et doit être exécutée dans les 12 (douze) mois suivant l'événement.

### 5.2. Assistance psychologique

---

En cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'aidant ou l'aidé, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge selon la situation :

- jusqu'à 5 (cinq) entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
  - et, si nécessaire, jusqu'à 3 (trois) entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.
- Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 (douze) mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est accessible 7j/7, 24h/24.

## 6. FORMATION DE L'AIDANT EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile pendant une demi-journée afin de faciliter le quotidien de l'aidant grâce à :

- l'étude de l'organisation du quotidien,
- l'acquisition des gestes et postures dans la vie quotidienne et la manutention de personnes (lever, toilette, habillage...),
- l'apprentissage de matériels spécifiques, appareillages, aides techniques,
- l'acquisition des savoir-être et savoir-faire nécessaires pour accompagner et vivre avec des personnes présentant des troubles cognitifs de type démence, cérébro-lésion (aider à gérer la fatigabilité, éviter l'apparition des « troubles du comportement », communiquer plus efficacement...).

Cette garantie doit être exécutée dans les 12 (douze) mois suivant l'événement.

## 7. GARANTIES EN CAS DE BESOIN DE RÉPIT DE L'AIDANT

En cas de besoin de répit de l'aidant, dûment justifié par un certificat médical et moyennant un délai de prévenance de 7 (sept) jours, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge les garanties ci-dessous.

Ces garanties sont mises en œuvre uniquement dans les 12 (douze) mois suivant l'entrée en dépendance ou l'aggravation de l'état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie.

### 7.1. Auxiliaire de vie ou Aide-ménagère

---

La venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé (entre 8h et 20h, hors dimanche et jours fériés)  
ou

la venue d'une aide-ménagère, ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Les 2 garanties ne sont pas cumulables. Le nombre d'heures attribué est évalué par MUTUAIDE ASSISTANCE selon la situation et ne pourra excéder 40 (quarante) heures à raison de 2 (deux) heures minimum par intervention (dont 2 (deux) heures pour la venue si nécessaire d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'aidé). Ces heures peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins. La planification des heures déjà accordées par MUTUAIDE ASSISTANCE ne pourra être modifiée lors des appels ultérieurs. La garantie doit être exécutée dans les 12 (douze) mois suivant l'entrée en dépendance ou l'aggravation de l'état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie.

### 7.2. La venue d'un proche ou le transfert chez un proche

---

Le transport aller/retour en train ou en avion d'un proche en France ou le transport non médicalisé de l'aidé chez un proche en France.

Les deux garanties ne sont pas cumulables et sont prises en charge dans la limite de 200 (deux cents) euros l'aller/retour sur 12 (douze) mois suivant l'entrée en dépendance ou l'aggravation de l'état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie.

### 7.3. Services de proximité

---

#### Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant de l'aidé ou de l'aidant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'aidant, ni les proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à 2 (deux) livraisons sur 12 (douze) mois suivant l'entrée en dépendance ou l'aggravation de l'état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

#### Portage de repas

2 (deux) forfaits livraison d'un pack de 5 (cinq) à 7 (sept) jours de repas répartis sur 12 (douze) mois suivant l'entrée en dépendance ou l'aggravation de l'état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie \*.

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

Le prix des repas demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

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

#### Portage d'espèces

2 (deux) transports aller/retour dans un établissement bancaire proche du domicile,

ou

2 (deux) portages d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 (cent cinquante) euros dans les 12 (douze) mois suivant l'entrée en dépendance ou l'aggravation de l'état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie.

La somme avancée devra être remboursée à MUTUAIDE ASSISTANCE dans un délai de 30 (trente) jours.

#### Livraison de courses

2 (deux) livraisons réparties sur 12 (douze) mois suivant l'événement. Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

#### Coiffure à domicile

2 (deux) déplacements d'un coiffeur au domicile dans les 12 (douze) mois suivant l'entrée en dépendance ou l'aggravation de l'état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie, lorsque l'aidant ou l'aidé a besoin de soin de coiffure. Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

## 8. GARANTIES MAINTIEN À DOMICILE PROPOSÉES EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ

Ces garanties sont mises en œuvre uniquement dans les 12 (douze) mois de l'entrée en dépendance ou de l'aggravation de l'état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie.

### 8.1. Bilan situationnel par un ergothérapeute

---

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aidé ou de l'aidant si l'aidé vit chez l'aidant :

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel et environnement de vie). Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile.

Cette garantie doit être exécutée dans les 12 (douze) mois suivant l'entrée en dépendance ou de l'aggravation de l'état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie.

### 8.2. Service Travaux pour aménagement du domicile

---

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagement du domicile, MUTUAIDE ASSISTANCE met en relation l'assuré avec une structure du groupe MUTUAIDE qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du code civil, dans la limite d'un dossier par événement.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Les travaux sont à la charge de l'aidant ou de l'aidé qui doit transmettre à la structure du groupe MUTUAIDE le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée. Cette garantie doit être exécutée dans les 12 (douze) mois suivant l'entrée en dépendance ou de l'aggravation de l'état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie.

### 8.3. Téléassistance

---

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge la mise en place d'un service de téléassistance au domicile de l'aidé, comprenant les frais d'accès et la maintenance du transmetteur de téléalarme, pour une durée maximale de 90 (quatre-vingt-dix) jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge de MUTUAIDE ASSISTANCE, l'aidant ou l'aidé pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation est dès lors à la charge de l'aidant ou l'aidé.

Cette garantie doit être exécutée dans les 12 (douze) mois suivant l'entrée en dépendance ou de l'aggravation de l'état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie.

## 9. GARANTIES EN CAS DE NON MAINTIEN AU DOMICILE

Ces garanties sont mises en œuvre uniquement dans les 12 (douze) mois de l'entrée en dépendance ou de l'aggravation de l'état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie.

### 9.1. Accompagnement à l'entrée en établissement

---

Afin d'aider l'aidant dans la décision relative au placement en établissement de l'aidé, les travailleurs sociaux de MUTUAIDE peuvent apporter leur expertise dans les domaines suivants :

- recueil des attentes du placement de la part de l'Adhérent, son conjoint ou un proche,
- informations sur les typologies d'établissements existants et leur localisation (EHPAD, FAM, foyer-logement, village-résidence...),
- conseils relatifs aux points de vigilance lors d'une visite d'un établissement,
- informations sur les modes de financement et aide aux démarches,
- recherche de la solution la plus adaptée.

Cette prestation est limitée à 3 (trois) entretiens téléphoniques dans les 3 (trois) mois suivant la perte d'autonomie.

### 9.2. Visite d'établissement

---

Afin de permettre à l'aidant de visiter les établissements qu'ils ont sélectionnés lors d'un entretien téléphonique avec un travailleur social, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge dans les 12 (douze) mois qui suivent l'entrée en dépendance ou de l'aggravation de l'état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie, jusqu'à 4 (quatre) transports aller/retour non médicalisés en taxi ou VSL dans un rayon de 100 (cent) km du domicile de l'aidé et dans la limite totale de 250 (deux cent cinquante) euros.

### 9.3. Aide au déménagement

---

MUTUAIDE ASSISTANCE communique à l'aidant, 24h24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté, dans les 12 (douze) mois suivant l'entrée en dépendance ou de l'aggravation de l'état de dépendance dès lors que celle-ci intervient dans les 12 (douze) mois suivant la perte d'autonomie et dans la limite de 500 (cinq cents) euros.

## 10. EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

### 10.1. Infraction

---

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

### 10.2. Fausse déclaration

---

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un événement garanti, entraîne la perte du droit à garantie.

### 10.3. Force majeure

---

MUTUAIDE ASSISTANCE 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

### 10.4. Exclusions

---

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties les hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gériatriques ;
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors

- de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies ;
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi qu'à leurs conséquences.
- De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement, à la consommation d'alcools, ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

## 11. VIE DU CONTRAT

### 11.1. Durée des garanties

---

Les garanties d'assistance s'appliquent durant la période de validité de l'adhésion à Family Autonomie.

### 11.2. Cotisation

---

#### 11.2.1. Montant de la cotisation

---

Le montant de la cotisation due au titre de l'adhésion à Family Autonomie figure sur le Certificat individuel d'adhésion aux garanties d'assurance.

Le montant de la cotisation pourra être révisé annuellement par l'Assisteur en accord avec SPB Family Courtage dans les conditions visées à l'article 11.2.3.

#### 11.2.2. Modalités de paiement

---

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance et prélevées sur le compte de l'Adhérent. Elles cessent d'être dues dès lors que les garanties d'assurance décrites dans la Notice d'information décrivant les garanties d'assurance sont mises en œuvre.

#### 11.2.3. Révision de la cotisation

---

Le montant des cotisations est révisable par l'Assisteur :

- moyennant un préavis de 90 (quatre-vingt-dix) jours, si les résultats techniques et/ou financiers du Contrat d'assistance le requièrent ou si l'évolution constatée ou projetée des statistiques nationales ou de marchés relative aux contrats d'Assurance couvrant le risque le requiert,
  - en cas de modification des taxes auxquelles ce Contrat d'assistance pourrait être soumis.
- par ailleurs, si une décision législative, réglementaire ou fiscale a pour conséquence de modifier les engagements de l'Assisteur, celui-ci se réserve le droit d'adapter en conséquence soit la cotisation, soit les garanties.

Toute modification du montant de la cotisation est notifiée à l'Adhérent 3 (trois) mois avant sa prise d'effet. L'Adhérent dispose alors d'un délai de 30 (trente) jours pour la refuser. Ce délai court à partir du moment où il a été informé de la révision de la cotisation par le Souscripteur. La modification prendra effet à l'échéance annuelle de l'adhésion.

#### 11.2.4. Retard ou défaut de paiement

---

En cas de cessation de paiement de l'une des cotisations, SPB Family Courtage, sous mandat de l'Association, adresse dans les 10 (dix) jours qui suivent son échéance, une lettre recommandée avec accusé de réception, informant l'Adhérent qu'en l'absence de régularisation dans un délai de 40 (quarante) jours, l'adhésion sera résiliée conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances.

### 11.3. Renonciation

---

L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion par écrit, sous un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus à compter du jour de réception du Certificat individuel d'adhésion, sans avoir à en justifier le motif ni à supporter de pénalité.

La lettre de renonciation accompagnée de l'original du Certificat individuel d'adhésion aux garanties d'assistance doit être envoyée à SPB Family Courtage – Family Autonomie –71 quai Colbert - 76600 Le Havre, rédigée selon le modèle suivant :

*« Je soussigné(e) ... déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assistance Family Autonomie. Je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes prélevées sur mon compte n° ....., et ce dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente.*

*Date et Signature ».*

La renonciation met fin aux garanties d'assurance et aux garanties d'assistance et entraîne la restitution à l'Adhérent de l'intégralité des sommes versées dans le délai maximum de 30 (trente) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée et de l'original du Certificat individuel d'adhésion aux garanties d'assistance.

### 11.4. Résiliation

---

La résiliation de l'adhésion à Family Autonomie prévue par les cas 11.4.1, 11.4.2 et 11.4.3 met fin aux garanties d'assurance et aux garanties d'assistance.

#### 11.4.1. Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

---

L'Adhérent peut demander la résiliation de son adhésion par lettre recommandée à SPB Family Courtage – Family Autonomie – 71 quai Colbert – 76600 Le Havre :

- lors du renouvellement annuel moyennant un préavis de 60 (soixante) jours calendaires avant la date anniversaire de l'adhésion, la date de réception par l'Assureur faisant foi ;
- en cas de révision de la cotisation prévue à l'article 11.2.3.

La résiliation prend effet 30 (trente) jours après réception par l'Assureur de la demande de l'Adhérent. Pendant cette période, la cotisation est due.

Lorsque la résiliation de l'adhésion entraîne la mise en réduction des garanties d'assurance (cf. article 9.4 de la notice d'information décrivant les garanties d'assurance), les garanties d'assistance sont suspendues.

#### **11.4.2. Résiliation à l'initiative du Souscripteur :**

---

- si l'Adhérent ne paie pas la cotisation due au titre de son adhésion (cf. article 11.2.4) ;
- si l'Adhérent perd sa qualité de membre de l'Association.

#### **11.4.3. Résiliation de plein droit**

---

- le jour du décès de l'Assuré ;
  - à l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit la résiliation du Contrat d'assurance par le Souscripteur ou l'Assureur, celle-ci entraînant la résiliation consécutive du Contrat d'assistance. L'Adhérent devant en être informé au moins 3 (trois) mois avant le terme de l'adhésion ;
  - en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat et en cas de fausse déclaration, conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances ;
  - en cas de sinistre ou de fourniture de documents inexacts ou falsifiés ayant pour but d'obtenir des prestations indues.
- En cas de résiliation du Contrat d'assistance par le Souscripteur ou l'Assureur, le Contrat d'assurance continuera de produire ses effets.

#### **11.4.4. Spécificité applicable aux garanties d'assistance**

---

Les garanties d'assistance sont résiliées de plein droit à l'échéance annuelle qui suit la mise en œuvre des garanties d'assurance et la cessation consécutive du paiement de la cotisation à Family Autonomie. Toutefois les garanties d'assistance prévues en cas de survenance de la perte d'autonomie continuent de produire leurs effets dans les conditions décrites aux articles 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 de la Notice d'information décrivant les garanties d'assistance.

#### **11.5. Subrogation**

---

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

#### **11.6. Prescription**

---

Toute action découlant du présent Contrat est prescrite par 2 (deux) ans. Ce délai commence à courir à compter du jour de l'évènement qui donne naissance à cette action, dans les conditions déterminées par les articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des assurances reproduits ci-dessous.

##### - Article L. 114-1 :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance. 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance. 2° 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 l'Assureur 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 l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré. »

##### - Article L. 114-2 :

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription citées aux articles 2240 à 2246 du Code civil et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. 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 l'assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Au sens de l'article L. 114-2 ci-dessus, les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont les suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il se prescrivait (article 2240 du Code Civil) ;
- la demande en Justice (articles 2241 à 2243 du Code Civil) ;
- un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code Civil).

##### - Article L114-3 :

« 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. »



## 11.7. Protection des données personnelles

---

L'Adhérent est expressément informé de l'existence et déclare accepter le traitement automatisé de ses données personnelles recueillies auprès de lui par l'Assureur et SPB Family Courtage (et leurs mandataires) dans le cadre de l'adhésion au Contrat, ainsi qu'en cours de gestion de celle-ci.

Il lui est expressément rappelé que, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement des données personnelles, la fourniture de ces informations est obligatoire car nécessaire à la gestion du Contrat, et qu'en conséquence, ces informations pourront être conservées jusqu'au terme de la prescription des actions juridiques pouvant découler du Contrat. Ces informations sont destinées exclusivement à l'Assureur et à SPB Family Courtage (et leurs mandataires) pour les besoins de la gestion du Contrat, à leurs partenaires contractuels concourant à la réalisation de cette gestion ainsi, le cas échéant, qu'aux autorités administratives et judiciaires concernées.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, d'opposition pour motif légitime, de rectification et de portabilité sur les données personnelles le concernant figurant dans les fichiers de l'Assureur ou de SPB Family Courtage. Il dispose également d'un droit de suppression sur les données personnelles le concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite. Ces droits s'exercent selon les modalités définies par les dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement des données personnelles, en contactant SPB Family Courtage, par tout moyen permettant de justifier de son identité, tel qu'un écrit accompagné d'un justificatif d'identité daté et signé, par courrier : SPB Family Courtage – 71 quai Colbert 76600 Le Havre ou par mail : [dpo@spbfamily.eu](mailto:dpo@spbfamily.eu) .

L'Adhérent peut également transmettre (et modifier à tout moment) des directives concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données à caractère personnel après son décès et le cas échéant désigner une personne afin de les mettre en œuvre. En l'absence de directives et/ou de désignation, les dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement des données personnelles s'appliqueront.

Toute déclaration fautive ou irrégulière peut faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir ou identifier une fraude. Les conversations téléphoniques entre l'Adhérent et SPB Family Courtage sont susceptibles d'être enregistrées à des fins de contrôle de la qualité des services rendus ou dans le cadre de la gestion des sinistres.

Les données recueillies pour la gestion de l'adhésion et des sinistres peuvent être transmises, dans les conditions et modalités prévues par les dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement des données personnelles, notamment le Règlement Général européen sur la Protection des Données à caractère personnel (RGPD), et le cas échéant des autorisations obtenues auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), aux filiales et sous-traitants de SPB Family Courtage situés hors Union Européenne.

## 11.8. Réclamation et médiation

---

Une réclamation est l'expression orale ou écrite d'un mécontentement envers un professionnel. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Pour toute réclamation sur vos garanties d'assistance, vous pouvez vous adresser à MUTUAIDE en appelant le 01.48.82.63.61.

Si il n'est pas donné satisfaction à votre réclamation orale, nous vous invitons à nous écrire, soit par e-mail à :

[qualite.assistance@mutuaide.fr](mailto:qualite.assistance@mutuaide.fr) ou par courrier à :

### MUTUAIDE

#### SERVICE QUALITE CLIENTS

126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX

En cas de réclamation écrite, nous accuserons réception de celle-ci dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à partir de sa date d'envoi.

Notre réponse doit vous être apportée par écrit deux mois au plus tard à compter de l'envoi de cette réclamation.

Si cette réponse ne vous satisfait pas, ou si aucune réponse ne vous a été apportée à l'issue de ces deux mois, vous disposez du droit de saisir la Médiation de l'Assurance sur le site [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org) ou par courrier (Médiation de l'Assurance TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09), sans préjudice du droit de saisir la justice.

SPB Family Courtage  
Family Autonomie  
71 quai Colbert  
76600 Le Havre

Tél : **0 808 800 500** Service gratuit  
+ prix appel

Du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours légalement fériés et/ou chômés et sauf interdiction législative ou réglementaire).

E-mail : [serviceclient@spbfamily.eu](mailto:serviceclient@spbfamily.eu)

Retrouvez l'ensemble de nos produits d'assurance et nos conseils sur : [www.spbfamily.eu](http://www.spbfamily.eu)