

NOTICE D'INFORMATION

du contrat collectif complémentaire santé
à adhésion facultative

Zen Santé Senior

SOMMAIRE

Le produit – Le contrat	3
L'adhésion au contrat	4
Chapitre 1 : Lexique	5
Chapitre 2 : Le fonctionnement de l'adhésion	13
2.1. L'Adhérent et les personnes assurées	13
2.2. Les conditions et formalités d'adhésion	13
2.3. L'âge limite d'adhésion	14
2.4. Les déclarations de l'Adhérent	14
2.5. Le choix de la formule de garanties	15
2.6. La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat	15
2.7. La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties	16
2.8. La suspension des garanties	16
2.9. La résiliation de l'adhésion au contrat	16
2.10. Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	18
2.11. Les cotisations	19
2.12. La prescription	21
2.13. La subrogation	23
2.14. Les réclamations – La médiation	23
2.15. L'autorité de contrôle	24
2.16. Protection des données à caractère personnel	24
Chapitre 3 : Les garanties	28
3.1. Le cadre juridique	28
3.2. L'objet du contrat	28
3.3. Ce que garantit le contrat	28
3.4. La modification des garanties	30
3.5. L'étendue territoriale des garanties	30
Chapitre 4 : Les exclusions et limitations de garantie	31
4.1. Les cas où la garantie ne s'exerce pas	31
4.2. Les limitations de la garantie santé	31
Chapitre 5 : Le règlement des prestations	31
5.1. Le règlement des prestations	31
5.2. Les renseignements complémentaires	32
5.3. Le contrôle et expertise	32
5.4. Les délais à respecter	32
5.5. Les sanctions	32

Votre notice d'information santé Zen Santé Senior

Contrats N° A 7052 0001 (Madelin) / A 7052 0002 (Non Madelin) / A 7052 0003 (Formule Hospi)

1. Le produit – Le contrat

Zen Santé Senior est un contrat d'assurance complémentaire santé ayant pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

La convention n° A7052 0001 est éligible aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin). Les conventions n° A7052 0002 et A 7052 0003 n'entrent pas dans ce cadre fiscal.

Le Contrat Zen Santé Senior est un produit d'assurance souscrit auprès de :

SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS)
S.A. au capital de 150 000 000 euros
Siège social : 7, rue Belgrand 92300 LEVALLOIS PERRET
Entreprise régie par le Code des assurances 322 215 021 RCS Nanterre

Désigné ci-après « l'Assureur »,

Par :

Association des assurés de Zenioo (AaZ)
Association loi 1901 et le décret du 16 août 1901
Siège social : 33 rue de la république 69002 LYON

Désignée ci-après « l'Association ».

Le contrat Zen Santé Senior a été développé et négocié par ZENIOO, qui en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial, et un réseau d'intermédiaires d'assurance partenaires :

ZENIOO
Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON
RCS Lyon 884 782 582
Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n°20005879 (www.orias.fr)

L'assureur a confié, aux termes d'une délégation, la gestion des adhésions émises dans le cadre des présents contrats à :

GENERATION
SAS au capital de 102 766,40€, immatriculée au RCS de QUIMPER sous le numéro 410 069 066
Siège social : 12 bis rue de Kerogan 29000 QUIMPER
Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n°07000842 (www.orias.fr)

L'Association AaZ est une association souscriptrice qui a pour objet de conclure en faveur de ses membres des contrats d'assurance de groupe auprès d'organismes assureurs.

En sa qualité de souscriptrice, elle veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres.

Chaque membre de l'Association dispose d'un droit de vote à l'assemblée générale.

Le contrat **Zen Santé Senior** est régi par le Code des assurances français.

Le contrat **Zen Santé Senior** entre l'Association AaZ et l'Assureur prend effet le 12 décembre 2022, et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

En cas de résiliation du contrat entre l'Association et l'Assureur :

- Aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ;
- Chaque assuré garanti par ce contrat au moment de la résiliation, pourra le demeurer jusqu'à la fin des garanties.

L'Association et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser le contrat. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents, selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances.

Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion sans préavis jusqu'à la date de la modification, cachet de la poste faisant foi.

Selon les termes de délégations de gestion distinctes émises dans le cadre du Contrat **Zen Santé Senior**, l'Assureur a confié la gestion des adhésions à :

GENERATION

SAS au capital de 102 766,40€, immatriculée au RCS de QUIMPER sous le numéro 410 069 066

Siège social : 12 bis rue de Kerogan 29000 QUIMPER

Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n°07000842 (www.orias.fr)

désigné ci-après « le délégataire de gestion ».

Le délégataire, dans le cadre de la délégation de gestion qui lui est consentie par l'Assureur, apprécie tous les risques, délivre tous certificats, reçoit tous avis et communications, procède au paiement des prestations, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées. Il est désigné, le délégataire de gestion, dans le texte ci-après.

2. L'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent et par le Code des assurances. La loi applicable est la loi française. Les parties s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion ;
- constituée des éléments suivants :
 - La présente **Notice d'information** qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir les prestations.
 - Le **certificat d'adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, la formule retenue, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
 - Le **tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante.
 - La **fiche IPID** (document d'information standard sur le produit d'assurance).
 - Le **document d'information sur les taux de redistribution et taux de frais de gestion** visés par l'arrêté du 20 juin 2020.

Chapitre 1 : Lexique

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent

La personne physique adhérent à l'Association AaZ et au contrat, signant le bulletin d'adhésion. Elle est désignée au certificat d'adhésion.

Adhésion à distance

Lorsque l'adhésion au contrat Zen Santé Senior est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance.

Année d'assurance :

Période de 12 mois successifs à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion.

Assuré(s) ou Ayants droit

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) au certificat d'adhésion.

Avenant

Modification de l'adhésion au contrat et document matérialisant cette modification.

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention ;
- Tarif d'autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention ;
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Catégories de médecin

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les Régimes obligatoires d'assurance maladie.

- **Médecin conventionné en secteur 1**

Il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime obligatoire.

- **Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)**

En raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire.

- **Médecin conventionné en secteur 2**

Il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

- **Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)**

En souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

- **Médecin non conventionné**

Il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Centre hospitalier spécialisé (CHS)

Etablissement hospitalier qui prend en charge les maladies ou déficiences non somatiques (troubles psychiatriques, déficiences mentales, addictions...).

Certificat d'Adhésion

Document émis par le délégataire de gestion qui matérialise l'acceptation de la demande d'adhésion et précise les garanties acceptées par l'Assureur. Il mentionne notamment le nom de l'Adhérent et des personnes assurées, la date de conclusion, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Chambre particulière

Prestation, proposée par les établissements de santé qui permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne). Elle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. Elle n'est toutefois pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Elle peut être prise en charge dans le cadre des garanties du contrat, pour autant qu'elle soit prévue dans le tableau des garanties, à hauteur du montant journalier qui y figure et **que l'hospitalisation soit supérieure à 24 heures (à minima une nuitée).**

Conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion, indiquée au Certificat d'adhésion, correspond à la date d'édition de ce dernier.

Conjoint

On entend par conjoint, **sous réserve qu'il soit âgé d'au moins 40 ans à l'adhésion** :

- l'époux(se) de l'Adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
- le concubin de l'Adhérent.

En cas de concubinage, l'Assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

Couple

Est considéré comme couple, l'Adhérent et son conjoint.

Date d'effet

Date à laquelle débute l'adhésion, les garanties prenant effet à l'expiration du délai d'attente. Elle est indiquée au certificat d'adhésion.

Déchéance

C'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre suite au non-respect de la part de l'Adhérent de certaines dispositions du contrat.

Délai d'attente

Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et des événements survenant au cours de cette période. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion.

Demande d'adhésion

Document remis à la personne désirant adhérer au contrat **Zen Santé Senior** avant la signature du contrat. La demande d'adhésion sert de base à la collecte des informations nécessaires à l'appréciation du risque à assurer par l'assureur. Ce document n'engage ni l'assureur ni le candidat à l'assurance. Toutefois, lorsque le contrat d'assurance a pris effet, la proposition engage l'assuré et une déclaration inexacte entraîne des sanctions prévues au contrat et par la loi.

Dépassement d'honoraires

La partie des honoraires dépassant la base de remboursement du Régime obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Domicile

Lieu de résidence principale ou adresse de l'Adhérent ou de l'assuré précisé au certificat d'adhésion.

Échéance

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Echéance principale

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir. Elle est fixée à la date anniversaire de l'adhésion.

Enfants

Sont considérés comme tels les enfants à charge de l'Adhérent ou du conjoint, à condition toutefois :

- Qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ou
- Qu'ils aient moins de 28 ans révolus et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par un Régime obligatoire français, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou
- Qu'ils aient moins de 26 ans révolus, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;

Ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

L'Assureur se réserve le droit de demander des justificatifs

Etablissements médico-sociaux

Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

France

Il s'agit de la France métropolitaine et des Outremer.

Forfait

Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par année d'assurance et par assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Forfait « dentaire non remboursé par le Régime Obligatoire » annuel :

Forfait exprimé par Assuré par année d'assurance pour tous les produits et prestations dentaires non remboursés par le Régime Obligatoire d'assurance maladie tels que les implants, prothèses, orthodontie et la parodontologie. Le montant de ce forfait n'entre pas en compte dans le calcul du plafond dentaire par année d'assurance et par Assuré.

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1er janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes).

Elle s'élève à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;
- 0,50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;
- 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour.

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

Garantie

Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles des renforts éventuellement souscrits, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

Honoraire limite de facturation (HLF)

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

Hospitalisation

Tout séjour pris en charge par le régime obligatoire de Sécurité sociale dans un établissement hospitalier (clinique ou hôpital, privé ou public) en France ou dans le monde entier. L'hospitalisation doit être prescrite par un médecin, pour y recevoir les soins nécessités par une maladie, une maternité ou un accident garanti. A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré.

Hospitalisation en secteur spécialisé

Tout séjour prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en centre de : rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

Long séjour

Service ou unité dans un hôpital ou une clinique pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SSR)

Service ou unité dans un hôpital ou une clinique pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables et servent de base pour les calculs des remboursements des Régimes obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la Classification commune des actes médicaux (CCAM), la Liste des produits et prestations (LPP) et la Table nationale de biologie (TNB).

Nullité

C'est l'annulation pure et simple du contrat ou de l'adhésion qui est censé(e) alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

Parcours de soins

Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation du médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant, il s'agit des gynécologues, ophtalmologues, stomatologues et pour les bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans des psychiatres et neuro psychiatres.

Participation forfaitaire

En vigueur depuis le 1er janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 1 euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 euros par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

Plafond dentaire

Montant maximum remboursé par année d'assurance, par bénéficiaire, exprimé par formule de garanties choisie. Seuls les remboursements des prothèses dentaires hors 100% santé* entrent dans le calcul du plafond dentaire. Lorsque le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires hors 100% santé* remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, incluant le remboursement du Régime Obligatoire.

Période de garantie

Elle correspond à la période pendant laquelle les garanties du contrat sont acquises. Elle débute à la prise d'effet de l'affiliation et cesse à la date de résiliation de l'adhésion.

Prix limite de vente

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Régime obligatoire - RO

Il s'agit du ou des Régimes obligatoires d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont respectivement affiliés l'Adhérent et les assurés de l'adhésion au contrat.

Résiliation

C'est la cessation des effets de l'adhésion.

Service spécialisé

Tout séjour à l'hôpital ou en clinique prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en service ou centre tel que : rééducation convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

Sinistre

L'événement, la maladie ou l'accident, mettant en jeu la garantie, alors que l'adhésion au contrat est en vigueur.

Tarif d'autorité - TA

Tarif forfaitaire servant de base de remboursement au Régime obligatoire pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire.

Tarif de convention - TC

Tarif de base utilisé par le Régime obligatoire pour le calcul des remboursements d'actes réalisés par un professionnel de santé conventionné. Il est déterminé conventionnellement entre les organismes de la Sécurité sociale, les fédérations des différents praticiens de santé et les établissements de soins.

Tarif de responsabilité - TR

Tarif de base utilisé par le Régime obligatoire pour le calcul du remboursement des médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Ticket modérateur - TM

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le Régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Transport

Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Verres complexes

Foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 ou à verres multifocaux ou progressifs.

Verres hypercomplexes

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

Verres mixtes

Verres avec au moins un verre complexe ou hypercomplexe.

Verres simples

Foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

Chapitre 2 : Le fonctionnement de l'adhésion

2.1. L'Adhérent et les personnes assurées

Pour adhérer au contrat la personne physique doit :

- adhérer à l'Association AaZ,
- résider en France,
- être majeur civilement responsable,
- être assujetti à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- être âgé à l'adhésion d'au moins 55 ans pour l'Adhérent et d'au moins 40 ans pour le conjoint.

En cas de non-respect de ces dispositions, l'Adhérent s'expose à ce que la *nullité* de son adhésion au contrat **Zen Santé Senior** soit prononcée.

Peuvent également être assurés au titre de son adhésion, son conjoint et ses enfants, ayants-droit aux prestations en nature d'un Régime d'Assurance Maladie obligatoire français. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion et désignés dans la présente notice d'information par le terme « Ayants droit ».

Pour bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de son régime complémentaire santé (Loi Madelin - art. 154 bis du CGI), l'Adhérent doit adhérer à la convention n° A7052 0001 et s'engage à être à jour, pendant toute la durée de son adhésion au contrat, de ses cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

2.2. Les conditions et formalités d'adhésion

Quel que soit le mode d'adhésion au contrat, l'Adhérent doit remplir, dater et signer une demande d'adhésion comportant :

- les garanties choisies : la formule de base et, le cas échéant la ou les formules renfort correspondantes à la formule de base ;
- des indications relatives à la situation personnelle des personnes à assurer.

Un complément d'information peut être demandé lors de l'étude du dossier.

L'acceptation de l'adhésion est conditionnée aux réponses aux différentes demandes d'information. L'ensemble des réponses aux questions de la demande d'adhésion est obligatoire. Le défaut de réponse aura pour conséquence le non-examen du dossier.

Tout assuré résilié dans le cadre d'une adhésion au présent contrat ne pourra être de nouveau admis que sur accord express de l'Assureur, via GENERATION.

L'Adhérent s'engage à déclarer à l'Assureur toute modification relative à sa situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle il reçoit son certificat d'adhésion.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'Adhérent et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

2.3. L'âge limite d'adhésion

Age limite d'adhésion lors de la prise d'effet des garanties :

- moins de 80 ans pour les formules « Hospi – F4 – F5 et F6 »,
- sans limitation pour les formules « F1 - F2 et F3 ».

Rappel : Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, est pris en compte celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

2.4. Les déclarations de l'Adhérent

2.4.1. À l'adhésion

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et la cotisation fixée en conséquence.

L'Adhérent doit répondre à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la demande d'adhésion.

L'Adhérent doit déclarer les garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

2.4.2. En cours d'adhésion

En cours d'adhésion, et conformément à l'article L 113-2 du Code des assurances, l'Adhérent doit informer l'Assureur de tout changement de situation, **et notamment** :

- tout changement de la composition de la famille (naissance, mariage, divorce, décès) ;
- toute cessation ou changement d'affiliation d'un des *assurés* au *Régime obligatoire* ;
- toute modification des éléments renseignés dans la proposition d'assurance ;
- tout changement de *domicile* ou fixation hors de France,
- tout changement d'adresse électronique,
- toute souscription de garanties de même nature auprès d'autres assureurs ;

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique (art. R53-2 du Code des postes et communications électroniques) adressé à GENERATION, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'Adhérent en a eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

2.4.3. La validité des déclarations

Les déclarations et communications de l'Adhérent servent de base à l'application de son adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à GENERATION par écrit et après accord de GENERATION, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque l'Adhérent l'aura informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire GENERATION ou l'Assureur en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

2.4.4. Les conséquences de la fausse déclaration

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances :

- article L. 113-8 – *Nullité* du contrat ;
- article L. 113-9 – Réduction des indemnités.

2.5. Le choix de la formule de garanties

Le contrat est composé de plusieurs formules de garanties, options et renfort au choix de l'Adhérent.

Au moment de l'adhésion, l'Adhérent a la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à sa situation et opter pour le « Renfort hospitalisation » ou les options « ECO ». Son choix devra être reporté sur son bulletin individuel d'adhésion et vaudra tant pour lui-même que pour ses ayants droit inscrits au contrat.

Conditions d'adhésion du renfort Hospitalisation et des options ECO :

✓ Renfort Hospitalisation +

Le renfort Hospitalisation + n'est pas cumulable avec les options ECO 1 et ECO 2

Le renfort Hospitalisation + peut être retenu pour toutes les formules sauf la formule Hospi.

✓ Options ECO

L'option ECO n'est pas cumulable avec le renfort Hospitalisation.

• Option ECO 1

Elle peut être choisie pour les formules F2, F3, F4, F5 et F6, mais pas pour les formules Hospi et F1.

Cette option permet de réduire de 5% le montant total de la cotisation du contrat santé pour la formule choisie. Elle concerne la totalité des assurés désignés au Certificat d'adhésion sur le bloc indissociable de garanties mentionnées ci-dessous :

- Chambre particulière,
- Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale avec ou sans prescription médicale, vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, glucomètre, autotensiomètre.

En contrepartie de cette réduction, les garanties concernées par l'option et mentionnées ci-dessus, ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite par l'Adhérent.

• Option ECO 2

Cette option peut être retenue pour les formules F1, F2, F3, F4, F5 et F6, mais pas pour la formule Hospi.

Cette option permet de réduire de 5% le montant total de la cotisation du contrat santé pour la formule choisie. Elle concerne la totalité des assurés désignés au Certificat d'adhésion sur le bloc indissociable de garanties mentionnées ci-dessous :

- Pharmacie remboursée à 15% par la sécurité sociale (médicaments à service médical faible).

En contrepartie de cette réduction, les garanties concernées par l'option et mentionnées ci-dessus, ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties choisie par l'Adhérent.

L'option ECO 1 est cumulable avec l'option ECO 2.

2.6. La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat

2.6.1. La conclusion de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur, via GENERATION.

L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par l'émission du *certificat d'adhésion* qui indique la date d'effet de l'adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail de la cotisation.

La date de conclusion de l'adhésion est celle de l'acceptation par l'Assureur qui est indiquée sur le certificat d'adhésion.

2.6.2. La durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur pour une durée annuelle.

L'adhésion se renouvelle ensuite lors de l'*échéance principale* chaque année, par tacite reconduction sans intervention de la part de l'Adhérent, sauf dénonciation formulée par lui-même, l'Assureur ou l'Association et, dans les conditions mentionnées à l'article 2.9. *Résiliation de l'adhésion aux contrats*.

L'adhésion prend fin à l'extinction de la totalité de vos garanties d'assurance.

2.7. La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties

2.7.1. La prise d'effet

La date d'effet des garanties est indiquée au certificat d'adhésion. L'adhésion produira ses effets au plus tôt à la date fixée au *certificat d'adhésion*. **La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion.** Les mêmes dispositions s'appliquent à tout *avenant* à l'adhésion.

2.7.2. Les délais d'attente

Les garanties sont acquises immédiatement et sans délai d'attente, à l'exception de la formule Hospi pour laquelle le délai est de 1 mois (un mois). Ce délai peut être abrogé, après accord de l'Assureur, en cas de reprise à la concurrence sur présentation d'un certificat de radiation si les garanties sont équivalentes et sans interruption de garanties.

2.7.3. La cessation des garanties

La garantie est viagère. Elle cesse toutefois :

- dès que *l'assuré* ne répond plus à la définition des personnes assurées ;
- à l'égard de chaque *assuré*, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

2.8. La suspension des garanties

L'adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de : non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des assurances (art. L 113-3),

En cas de suspension l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où : les cotisations arriérées, celles venant à *échéance*, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés en cas de non-paiement.

La suspension des garanties entraîne pour chaque *assuré*, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des *accidents, maladie ou maternité* survenus pendant cette période, quand bien même leur facturation serait postérieure, ainsi que la perte des droits à remboursement des prestations facturées pendant cette période.

2.9. La résiliation de l'adhésion au contrat

2.9.1. Par l'Adhérent

L'adhésion au contrat peut être résiliée :

- A la date d'échéance principale, **moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.**

L'Adhérent a également la possibilité de mettre un terme à son adhésion au contrat Zen Santé Senior à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.

- En cas de modification du tarif décidée en fonction de l'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, et ce dans les 30 jours suivant la date de notification de cette modification.
- En cas de modification du contrat par l'Assureur, dans le cadre la mise en conformité des contrats responsables et dans les conditions prévues à l'article L 112-3 du code des assurances.

L'ajustement, à l'échéance principale, de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation pour l'Adhérent.

2.9.2. Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée en cas de :

- non-paiement des cotisations ;
- réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'Adhérent n'accepte pas le tarif proposé;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues, **étant précisé que l'assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse** ;
- déménagement de l'assuré hors de France ou fixation de sa résidence fiscale à l'étranger ;
- en cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (art. L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L 641-11-1 du Code de commerce) de l'Adhérent, et dans le respect des dispositions de ces textes.

2.9.3. De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur ;
- en cas de décès de l'Adhérent,
- pour chaque assuré selon les garanties choisies et couvertes, dans les conditions prévues à l'article 2.7.3 *La cessation des garanties.*

Lorsque le renfort « Hospitalisation + » ou les options « ECO » sont retenus en option, selon les conditions prévues à l'article 2.5 *Le choix de la formule de garanties*, la résiliation s'effectue dans les mêmes conditions que la garantie principale.

En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations sont dues pour les soins et traitement en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

2.9.4. Modalités de la résiliation

L'Adhérent peut résilier son adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique afin de conserver une preuve de sa demande, ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.

Adresse postale : GENERATION - Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 09

Précisions sur l'envoi recommandé électronique :

Art. R. 53-2 issu du Code des postes et communications électroniques : Le prestataire de lettre recommandée électronique délivre à l'expéditeur une preuve du dépôt électronique de l'envoi. Le prestataire doit conserver cette

preuve de dépôt pour une durée qui ne peut être inférieure à un an. « Cette preuve de dépôt comporte les informations suivantes :

- 1° Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;
- 2° Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;
- 3° Un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;
- 4° La date et l'heure du dépôt électronique de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié tel que défini par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus ;
- 5° La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi. »

La résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Assureur, via GENERATION, doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

2.10. Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance

	Démarchage à domicile	Vente à distance
Définitions	« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »	« Fourniture de services à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestations de services à distance, organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat. »
Exécution immédiate du contrat		Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent. La cotisation dont l'Adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.
Modalités et conditions de renonciation	L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le <i>certificat d'adhésion</i>). Il doit pour cela adresser au délégataire de gestion sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle. Courrier postal : GENERATION - Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 09	

Modèle de lettre de renonciation	<p>Je soussigné(e) (<i>nom et prénom de l'Adhérent</i>), demeurant à (<i>domicile principal</i>) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat Zen Santé Senior N° (<i>numéro d'adhésion</i>) que j'ai signée le (<i>date</i>).</p> <p>(<i>Si des cotisations ont été versées</i>) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la <i>période de garantie</i>.</p> <p>(<i>En cas de commercialisation à distance</i>) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.</p> <p>(<i>Indiquez le lieu, la date et votre signature</i>).</p>	
Perte de la faculté de renonciation	Si l'Adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.	
Conséquences de la renonciation	<p>La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception.</p> <p>L'Assureur procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets.</p> <p>L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.</p>	<p>Si l'Adhérent a demandé l'exécution de son adhésion dès sa conclusion, lorsque celui-ci exerce son droit de rétractation, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel de la prime correspondante à la période d'assurance, à l'exclusion de toute pénalité.</p> <p>Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.</p>
Articles du Code des assurances	L. 112-9 du Code des assurances.	L. 112-2-1 du Code des assurances

2.11. Les cotisations

2.11.1. Le montant des cotisations

Le montant de la cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés, du lieu de domicile de l'Adhérent, de la composition familiale et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des Régimes obligatoires dont l'Adhérent et ses bénéficiaires relèvent lors de la prise d'effet des garanties.

En cours d'adhésion :

- En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 64 ans, de 2,5% de 65 ans à 74 ans, de 3% de 75 à 79 ans et de 4% à partir de 80 ans.
- En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.
- La cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.
- La cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, est pris en compte celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

La tarification « Enfant » s'applique jusqu'aux 19 ans inclus de l'enfant.

Les taxes et contributions à la charge des assurés sont comprises dans la cotisation.

2.11.2. La variation des cotisations

En sus de la clause d'indexation reprise ci-dessus, les cotisations évoluent à chaque *échéance principale* de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements.

Il est convenu que si les bases techniques de détermination de ces taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini.

Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par le *Régime obligatoire* et / ou toutes modifications législatives et réglementaires.

Dans ce cas la cotisation sera modifiée à partir de l'*échéance* qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine *échéance principale* de l'adhésion.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions. Toute modification ou ajout de taxe ou contribution de toute nature impliquera sans délai une variation de cotisations, s'agissant là de dispositions impératives.

2.11.3. La révision du tarif

L'Assureur peut également être amené à modifier son tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties.

Les révisions tarifaires interviennent à partir de la prochaine échéance principale de l'adhésion dans le respect des dispositions de l'article L 141-4 du code des assurances.

Dans cette hypothèse, l'Adhérent aura la faculté de résilier son adhésion conformément à l'article 2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat.

2.11.4. Le paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. GENERATION peut accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels (uniquement par prélèvement automatique) ; il en est alors fait mention au Certificat d'adhésion.

2.11.5. Le non-paiement des cotisations

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, GENERATION, pour le compte de l'Assureur, pourra, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice, adresser à l'Adhérent à son dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Les garanties seront suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et l'adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

L'adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés par l'Adhérent. La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux remboursements des frais de soins (se rapportant à des accidents, maladie ou maternité) survenus pendant cette période.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à la charge de l'Adhérent ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).

2.12. La prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant des présents contrats sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances.

2.12.1. Délai de prescription

Article L. 114-1

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

1. en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, 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^e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

2.12.2. Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription 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 ou envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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.

2.12.3. Caractère d'ordre public de la prescription

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.

2.12.4. Les causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

- **Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait**

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

- **Demande en justice**

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

2.12.5. Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

2.12.6. Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'Assureur.

2.13. La subrogation

En cas d'*accident* avec un tiers responsable, l'Assureur exercera son recours conformément aux articles L. 121-12 et L 131-2 du Code des assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'*assuré*.

2.14. Les réclamations – La médiation

2.14.1. La réclamation liée à la distribution

Les modalités de traitement des réclamations concernant la distribution du contrat sont annexées aux présentes notices.

2.14.2. La réclamation hors distribution

Premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant son adhésion au contrat, dans un premier temps, l'Adhérent est invité à prendre contact avec son interlocuteur habituel ou avec le service client GENERATION :

- par Internet via l'adresse www.generation.fr et le formulaire « adresser une réclamation à Génération »

ou

- par courrier Génération - Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 09

Deuxième contact : le service réclamations

En cas de désaccord avec la réponse apportée, l'organisme gestionnaire met à disposition de l'association souscriptrice, de l'assuré et/ou des bénéficiaires une cellule de Recours interne qui peut être saisie par :

- par mail : conformite@generation.fr en indiquant dans l'objet « Demande de recours interne »
- par courrier : Génération - Service Conformité (n° adhérent) - 29080 Quimper Cedex 09

2.14.3. La médiation

En dernier recours : le médiateur de l'assurance

Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes, à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance.

2.15. L'autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance - 4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

2.16. Protection des données à caractère personnel

Les modalités de traitement des données à caractère personnel par Zenioo sont annexées à la présente notice d'information.

Seules sont reprises ci-dessous les modalités de traitement par GENERATION et SWISSLIFE.

2.16.1. Qualité des parties

Dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du Contrat, des données à caractère personnel concernant l'Adhérent et les Assurés sont traitées par GENERATION et SWISS LIFE en leurs qualités de responsables conjoints de traitement.

SWISS LIFE, en sa qualité d'Assureur, détermine les bases légales garantissant la licéité des traitements de données, ainsi que les objectifs et finalités principaux des traitements de données à caractère personnel.

GENERATION, en sa qualité de délégataire de gestion, détermine les moyens principaux nécessaires au traitement des données personnelles et assure leur mise en œuvre technique et opérationnelle.

La relation entre GENERATION et SWISS LIFE, en leur qualité de responsables de traitement conjoints, fait l'objet d'un acte juridique écrit reflétant dûment les rôles respectifs des responsables conjoints du traitement et leurs relations vis-à-vis de l'Adhérent et des Assurés. Les grandes lignes de cette relation peuvent être mis à disposition de l'Adhérent et des Assurés en adressant une demande écrite au Délégué à la Protection des Données.

2.16.2. Finalités des traitements de données personnelles

Aux fins de fournir les garanties du Contrat, les données à caractère personnel peuvent être traitées pour différentes finalités, mises en œuvre conformément aux réglementations applicables selon les bases légales décrites ci-dessous :

Finalité du traitement de données personnelles	Fondement légal permettant la mise en œuvre du traitement
Finalité 1 : Passation, gestion et exécution du contrat, pouvant notamment inclure des prises de décisions automatisées	
<ul style="list-style-type: none"> Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés Elaboration des statistiques et études actuarielles Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque Exécution des garanties des contrats Gestion des contrats et Gestion des clients Exercice des recours et gestion des réclamations et des contentieux 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'Adhérent et le(s) Assuré(s) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de ces derniers.
<ul style="list-style-type: none"> Exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme) 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis
<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre la fraude, ces dispositifs pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des contrats et aux intérêts légitimes poursuivis par les responsables du traitement. Ces intérêts consistent notamment à garantir (i) la pérennité de l'activité de l'Assureur et des risques qu'il assure, et de (ii) favoriser l'équité entre Assurés (la mutualisation des cotisations et des risques étant au cœur des activités d'assurance).
<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'actions de prévention proposées par l'Assureur Conduite d'activités de recherche et développement Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement. Ces intérêts consistent notamment en l'amélioration des produits et services aux clients, en la prévention et réduction des risques et sinistres, ou encore en la réalisation d'enquête de satisfaction ou autres opérations en relation avec la clientèle.
Finalité 2 : Prospection commerciale	
<ul style="list-style-type: none"> Effectuer les opérations relatives à la gestion des prospects de l'Organisme d'assurance L'acquisition, la cession, la location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes des responsables de traitement conjoints aux fins de pouvoir développer leurs activités et proposer aux Adhérents et Assurés de nouveaux produits et offres. Vous pouvez vous opposer à tout moment à ce traitement en exerçant vos droits, conformément au paragraphe « Exercice des droits » ci-dessous.

Des données de santé de l'Adhérent et des Assurés peuvent faire l'objet de traitements sur le fondement de l'article 9, 2-b du Règlement Général sur la Protection des Données pour l'exécution des garanties du contrat en matière de protection sociale.

2.16.3. Information des Assurés par l'Adhérent

Dans le cadre de l'exécution du Contrat, l'Adhérent peut être amené à transmettre à l'Assureur ou au Délégué de gestion, de son plein gré, des données à caractère personnel relatives aux Bénéficiaires des garanties. L'Adhérent reconnaît et s'engage pleinement à informer les Assurés Bénéficiaires des présentes conditions relatives aux traitements de données à caractère personnel, notamment en portant à leur connaissance la présente Notice d'information.

2.16.4. Destinataires et transferts des données à caractère personnel

Les données relatives aux Adhérents et aux Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe de sociétés auquel appartient SWISS LIFE dans le cadre de l'exercice de leurs missions, aux sous-traitants (agents généraux d'assurance, hébergeur de données, prestataires de solutions informatiques, prestataires d'envois de courriers, etc.) agissant sur strictes instructions des responsables de traitement conjoints, aux réassureurs intervenant dans le cadre des garanties du présent Contrat, ainsi qu'aux mandataires et partenaires (partenaires intervenant dans le cadre des prestations d'assistance, etc.) des responsables de traitement conjoints. Certaines données pourront également être destinées à tous organismes professionnels ou administrations dans le cadre de leurs missions respectives ou pour répondre à des obligations légales.

SWISS LIFE et GENERATION favorisent le traitement des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés au sein de pays membres de l'Union Européenne. La majorité des traitements de données sont opérés en France ou en Union Européenne. Dans le cadre de certaines activités, des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés peuvent faire l'objet d'un transfert en dehors de l'Union Européenne en vertu de la mise en place de garanties appropriées (notamment la signature de clauses contractuelles types adoptées par une autorité de contrôle ou la Commission européenne et/ou le respect d'un code de conduite) et/ou en vertu d'une décision d'adéquation de la Commission européenne vers un pays assurant un niveau de protection adéquat.

2.16.5. Durées de conservation des données

Les données à caractère personnel de l'Adhérent et des Assurés sont conservées durant toute la durée nécessaire à l'exécution du Contrat d'assurance, puis sont supprimées ou archivées au terme des obligations légales incombant aux responsables de traitement conjoints.

2.16.6. Exercice des droits

L'Adhérent et les Assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données les concernant. Ils ont également la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données après leur décès. Si L'Adhérent et les Assurés ont consenti de manière expresse à certaines utilisations de données, ils peuvent retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application du Contrat ou le respect par les responsables de traitement conjoints d'une obligation légale ou réglementaire.

L'Adhérent et les Assurés peuvent également s'opposer au traitement de leurs données pour un motif légitime. Ils peuvent exercer ce droit d'opposition à tout moment, et de manière absolue, sans justifier d'un motif, pour ne plus recevoir par SMS et/ou mail des offres commerciales de la part des responsables conjoints de traitement pour leurs services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, l'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser à : SWISS LIFE – DPO - 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr. Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil de GENERATION.

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, L'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

Tout Adhérent ou Assuré est informé qu'il est par ailleurs en droit de déposer une plainte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (<https://www.cnil.fr/>). Nous encourageons l'Adhérent et nos Assurés à contacter en amont nos Délégués à la Protection des Données pour toute problématique relative au traitement de leurs données personnelles.

2.16.7. Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

Les responsables de traitement conjoints ont désigné un Délégué à la Protection des Données. Vous pouvez directement prendre contact avec ces derniers aux coordonnées suivantes :

- Pour l'Assureur (porteur de risque) SWISS LIFE, par courrier postal à l'adresse suivante : SWISS LIFE – DPO - 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr;
- Pour le délégataire de gestion GENERATION, par courrier postal à l'adresse suivante : GENERATION - 12 bis rue de Kerogan 29080 QUIMPER cedex 9 ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@generation.fr.

Chapitre 3 : Les garanties

3.1. Le cadre juridique

Les garanties du contrat sont dites « responsables ».

A l'exception de la formule « Hospi », les garanties respectent en cela l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation actuelle en vigueur.

Elles garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie souscrite par l'Adhérent et dans le respect des obligations des minima/maxima et interdictions de prise en charge des frais de santé exposés prévus dans les textes précités.

En ce sens, Il ne saurait donc être fait obstacle au remboursement de frais de santé remboursés à l'assuré par le régime de Sécurité sociale à hauteur des minimas mentionnés dans ces mêmes articles, lorsque l'Adhérent a souscrit une formule de garantie dite responsable.

Le contrat doit prendre en charge la participation forfaitaire, laissée aux assurés en cas de passage aux urgences non programmé et non suivi par une hospitalisation, prévue à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale

Rappel des interdictions de prise en charge :

Le contrat responsable :

- ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du *parcours de soins*, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues aux II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du *parcours de soins*, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolutions législatives et/ou réglementaires effectuées dans le cadre du contrat responsable, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de part de l'Adhérent, entraînant la résiliation de son adhésion (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

3.2. L'objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement des dépenses de santé engagées par les personnes assurées et occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Les frais pouvant faire l'objet d'une prise en charge partielle ou totale sont ceux exclusivement listées dans le tableau des garanties au regard de chacun des grands postes de garantie (Hospitalisation, Soins courants, Dentaire, Optique, Aides auditives, etc.).

3.3. Ce que garantit le contrat

3.3.1. La garantie santé

Les garanties du contrat garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale :

- dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie souscrite par l'Adhérent
- et dans le respect des obligations des minima/maxima et interdiction de prise en charge des frais de santé exposés prévus à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

Elles peuvent également prévoir le remboursement de certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur de la participation qui y est indiquée au regard de chacune des formules de garantie concernée à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral » ou « Frais réels », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des "Prix Limites de Vente" (PLV) et "Honoraires Limites de Facturation" (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

Le versement des forfaits est effectué dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.

Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie. Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et pour l'optique la date de facturation de l'équipement. Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

Cas particulier du forfait Optique

Le forfait optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 années d'assurance et par bénéficiaire.

Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. La période est ramenée à un an pour les Assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les Assurés de moins de 16 ans et de plus de 6 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Le montant du forfait relatif aux équipements (une monture et deux verres) est exprimé y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Conformément à la réglementation du contrat responsable la prise en charge maximale de la monture des équipements hors 100% Santé est plafonné. Le montant du plafond est mentionné sur le tableau des garanties.

La prise en charge des équipements s'effectue toujours dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

3.3.2. La dispense d'avance de frais (Tiers payant)

Les *assurés* bénéficient de la dispense d'avance des frais, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, sur les prestations faisant l'objet des garanties prévues pour les contrats responsables et indiquées sur l'attestation de tiers payant.

La prise en charge peut être obtenue sur simple présentation de l'attestation de tiers payant en cours de validité, sous réserve que le professionnel de santé ou l'établissement de santé accepte le tiers payant.

En dehors du parcours de soins, le tiers payant n'est pas possible.

3.3.3. Les garanties annexes

La garantie Assistance

S'ils sont mentionnés sur le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue, les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de la garantie assistance sont indiquées dans une Convention d'assistance jointe au présent document.

3.4. La modification des garanties

A la date d'échéance principale de son adhésion, sous réserve d'en faire la demande au moins 2 mois avant cette date et de justifier de 12 mois complets d'assurance sans modification des garanties de son adhésion, l'Adhérent a la possibilité de demander à :

- modifier à la hausse ou à la baisse sa formule de garanties, dans le respect des limites d'âge d'accès aux garanties fixées par l'article 2.3. L'âge limite d'adhésion de la présente notice d'information,
- adhérer à l'une des options « ECO » ou au « renfort Hospitalisation + », lorsqu'il n'a pas retenu ces garanties au moment de son adhésion.

L'Adhérent conserve la possibilité de résilier les options ECO ou le renfort Hospitalisation à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'option ECO ou du Renfort Hospitalisation.

Toute résiliation des Options ECO ou du Renfort Hospitalisation + sera définitive. Toute nouvelle adhésion à l'une de ces garanties est exclue.

Les modifications s'appliquent à l'ensemble des assurés de l'adhésion.

3.5. L'étendue territoriale des garanties

La garantie du contrat s'exerce en France. Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de Sécurité sociale de l'Assuré s'applique.

Les actes hors nomenclatures effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de la République Française.

Chapitre 4 : Les exclusions et limitations de garantie

4.1. Les cas où la garantie ne s'exerce pas

Ainsi qu'évoqué au paragraphe 3.1 *Le cadre juridique*, les différentes formules du contrat étant responsables, les garanties ne sauraient couvrir :

- la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévue au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale

Elles ne garantissent également pas les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

4.2. Les limitations de la garantie santé

Elles sont mentionnées dans le tableau des garanties du contrat ou au bas de celui-ci pour les formules de garantie concernées par les limitations.

En aucun cas, le versement de prestations, même effectué à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur à l'une des exclusions de garanties prévues au contrat.

Chapitre 5 : Le règlement des prestations

5.1. Le règlement des prestations

LES DOCUMENTS À TRANSMETTRE

Pour le remboursement des dépenses de santé : lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que GENERATION n'a pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à transmettre à GENERATION sont les suivants :

- Hospitalisation : l'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.
- Médecine courante : l'original du décompte du régime de base et la facture détaillée.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, GENERATION pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à GENERATION dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

Le tiers payant

Une attestation de tiers payant est délivrée à l'Adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées.

L'utilisation de l'attestation de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite attestation. En cas d'utilisation frauduleuse de l'attestation de tiers

payant, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement son attestation en cours de validité.

Si l'Adhérent, préalablement à sa demande de remboursement présentée à *GENERATION*, a déjà bénéficié d'une prise en charge de ses frais par un premier organisme complémentaire, il devra, en complément des pièces et éléments mentionnés ci-dessus, communiquer le décompte de ce régime complémentaire

Le cumul des divers remboursements obtenus par l'Adhérent ne peut excéder la dépense réelle.

Le paiement des prestations

Le remboursement des frais médicaux est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des *assurés* et effectué en France dans la monnaie légale de la République Française.

5.2. Les renseignements complémentaires

Le médecin-conseil de *GENERATION* peut demander tous renseignements complémentaires sur la *maladie* ou l'*accident* traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale.

L'Adhérent peut lui communiquer ces renseignements directement, à son attention exclusive.

5.3. Le contrôle et expertise

Sauf cas de force majeure, l'*assuré* malade ou accidenté doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par l'Assureur.

Toute contestation de l'Adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

- **L'expertise contradictoire** : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'Assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;
- **Compromis d'arbitrage** : si un désaccord sur l'état de santé de l'Adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal judiciaire du domicile de l'Adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties.

Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

5.4. Les délais à respecter

Les demandes de remboursement doivent parvenir à *GENERATION* dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de *déchéance*.

5.5. Les sanctions

Si l'*assuré* ne respecte pas un des points précédemment énoncés, *GENERATION* pourra refuser le remboursement.



NOTICE D'INFORMATION

du contrat collectif complémentaire santé
à adhésion facultative

Zen Santé Honoraires +

SOMMAIRE

1. Le produit – Le contrat	3
2. L'adhésion au contrat	4
Chapitre 1 : Lexique	5
Chapitre 2 : Le fonctionnement de l'adhésion	12
2.1. L'Adhérent et les personnes assurées	12
2.2. Les conditions et formalités d'adhésion	12
2.3. L'âge limite d'adhésion	12
2.4. Les déclarations de l'Adhérent	13
2.5. La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat	13
2.6. La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties	14
2.7. La suspension des garanties	14
2.8. La résiliation de l'adhésion au contrat	14
2.9. Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	16
2.10. Les cotisations	17
2.11. La prescription	19
2.12. La subrogation	21
2.13. Les réclamations – La médiation	21
2.14. L'autorité de contrôle	22
2.15. Protection des données à caractère personnel	22
Chapitre 3 : Les garanties	26
3.1. Le cadre juridique	26
3.2. L'objet du contrat	26
3.3. Ce que garantit le contrat	26
3.4. L'étendue territoriale des garanties	26
Chapitre 4 : Les exclusions et limitations de garantie	27
4.1. Les cas où la garantie ne s'exerce pas	27
4.2. Les limitations de la garantie santé	27
Chapitre 5 : Le règlement des prestations	27
5.1. Le règlement des prestations	27
5.2. Les renseignements complémentaires	28
5.3. Le contrôle et expertise	28
5.4. Les délais à respecter	28
5.5. Les sanctions	28

Votre notice d'information santé Zen Santé Honoraires +
Contrat N° A 7052 0004 (Non Madelin)

1. Le produit – Le contrat

Zen Santé Honoraires + est un contrat d'assurance complémentaire santé ayant pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

La convention n° A7052 0004 n'est pas éligible aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin).

Le Contrat **Zen Santé Honoraires +** est un produit d'assurance souscrit auprès de :

SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS)
S.A. au capital de 150 000 000 euros
Siège social : 7, rue Belgrand 92300 LEVALLOIS PERRET
Entreprise régie par le Code des assurances 322 215 021 RCS Nanterre

Désigné ci-après « l'Assureur »,

Par :

Association des assurés de Zenioo (AaZ)
Association loi 1901 et le décret du 16 août 1901
Siège social : 33 rue de la république 69002 LYON

Désignée ci-après « l'Association ».

Le contrat Zen Santé Honoraires + a été développé et négocié par ZENIOO, qui en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial, et un réseau d'intermédiaires d'assurance partenaires :

ZENIOO
Siège social : 75 bis rue de Sèze 69006 LYON
RCS Lyon 884 782 582
Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n°20005879 (www.orias.fr)

L'Association AaZ est une association souscriptrice qui a pour objet de conclure en faveur de ses membres des contrats d'assurance de groupe auprès d'organismes assureurs.

En sa qualité de souscriptrice, elle veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres.

Chaque membre de l'Association dispose d'un droit de vote à l'assemblée générale.

Le contrat **Zen Santé Honoraires +** est régi par le Code des assurances français.

Le contrat **Zen Santé Honoraires +** entre l'Association AaZ et l'Assureur prend effet le 12 décembre 2022, et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

En cas de résiliation du contrat entre l'Association et l'Assureur :

- Aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ;
- Chaque assuré garanti par ce contrat au moment de la résiliation, pourra le demeurer jusqu'à la fin des garanties.

L'Association et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser le contrat. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents, selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances.

Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion sans préavis jusqu'à la date de la modification, cachet de la poste faisant foi.

Selon les termes de délégations de gestion distinctes émises dans le cadre du Contrat **Zen Santé Honoraires +**, l'Assureur a confié la gestion des adhésions à :

GENERATION

SAS au capital de 102 766,40€, immatriculée au RCS de QUIMPER sous le numéro 410 069 066

Siège social : 12 bis rue de Kerogan 29000 QUIMPER

Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n°07000842 (www.orias.fr)

désigné ci-après « le délégataire de gestion ».

Le délégataire, dans le cadre de la délégation de gestion qui lui est consentie par l'Assureur, apprécie tous les risques, délivre tous certificats, reçoit tous avis et communications, procède au paiement des prestations, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées. Il est désigné, le délégataire de gestion, dans le texte ci-après.

2. L'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent et par le Code des assurances. La loi applicable est la loi française. Les parties s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion ;
- constituée des éléments suivants :
 - La présente **Notice d'information** qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir les prestations.
 - Le **certificat d'adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, la formule retenue, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
 - Le **tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante.
 - La **fiche IPID** (document d'information standard sur le produit d'assurance).
 - Le **document d'information sur les taux de redistribution et taux de frais de gestion** visés par l'arrêté du 20 juin 2020.

Chapitre 1 : Lexique

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent

La personne physique adhérent à l'Association AaZ et au contrat, signant le bulletin d'adhésion. Elle est désignée au certificat d'adhésion.

Adhésion à distance

Lorsque l'adhésion au contrat Zen Santé Honoraires + est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance.

Année d'assurance :

Période de 12 mois successifs à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion.

Assuré(s) ou Ayants droit

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) au certificat d'adhésion.

Avenant

Modification de l'adhésion au contrat et document matérialisant cette modification.

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention ;
- Tarif d'autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention ;
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Catégories de médecin

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les Régimes obligatoires d'assurance maladie.

- **Médecin conventionné en secteur 1**

Il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime obligatoire.

- **Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)**

En raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire.

- **Médecin conventionné en secteur 2**

Il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

- **Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)**

En souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

- **Médecin non conventionné**

Il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Centre hospitalier spécialisé (CHS)

Etablissement hospitalier qui prend en charge les maladies ou déficiences non somatiques (troubles psychiatriques, déficiences mentales, addictions...).

Certificat d'Adhésion

Document émis par GENERATION qui matérialise l'acceptation de la demande d'adhésion et précise les garanties acceptées par l'Assureur. Il mentionne notamment le nom de l'Adhérent et des personnes assurées, la date de conclusion, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Chambre particulière

Prestation, proposée par les établissements de santé qui permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne). Elle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. Elle n'est toutefois pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Elle peut être prise en charge dans le cadre des garanties du contrat, pour autant qu'elle soit prévue dans le tableau des garanties, à hauteur du montant journalier qui y figure et **que l'hospitalisation soit supérieure à 24 heures (à minima une nuitée).**

Conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion, indiquée au Certificat d'adhésion, correspond à la date d'édition de ce dernier.

Conjoint

On entend par conjoint, **sous réserve qu'il soit âgé d'au moins 40 ans à l'adhésion** :

- l'époux(se) de l'Adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
- le concubin de l'Adhérent.

En cas de concubinage, l'Assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

Couple

Est considéré comme couple, l'Adhérent et son conjoint.

Date d'effet

Date à laquelle débute l'adhésion, les garanties prenant effet à l'expiration du délai d'attente. Elle est indiquée au certificat d'adhésion.

Déchéance

C'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre suite au non-respect de la part de l'Adhérent de certaines dispositions du contrat.

Délai d'attente

Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et des événements survenant au cours de cette période. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion.

Demande d'adhésion

Document remis à la personne désirant adhérer au contrat **Zen Santé Honoraires +** avant la signature du contrat. La demande d'adhésion sert de base à la collecte des informations nécessaires à l'appréciation du risque à assurer par l'assureur. Ce document n'engage ni l'assureur ni le candidat à l'assurance. Toutefois, lorsque le contrat d'assurance a pris effet, la proposition engage l'assuré et une déclaration inexacte entraîne des sanctions prévues au contrat et par la loi.

Dépassement d'honoraires

La partie des honoraires dépassant la base de remboursement du Régime obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Domicile

Lieu de résidence principale ou adresse de l'Adhérent ou de l'assuré précisé au certificat d'adhésion.

Échéance

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Echéance principale

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir. Elle est fixée à la date anniversaire de l'adhésion.

Enfants

Sont considérés comme tels les enfants à charge de l'Adhérent ou du conjoint, à condition toutefois :

- Qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ou
- Qu'ils aient moins de 28 ans révolus et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par un Régime obligatoire français, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou
- Qu'ils aient moins de 26 ans révolus, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;

Ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

L'Assureur se réserve le droit de demander des justificatifs

Etablissements médico-sociaux

Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

France

Il s'agit de la France métropolitaine et des Outremer.

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1er janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes).

Elle s'élève à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;
- 0,50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;
- 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour.

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

Garantie

Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles des renforts éventuellement souscrits, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

Hospitalisation

Tout séjour pris en charge par le régime obligatoire de Sécurité sociale dans un établissement hospitalier (clinique ou hôpital, privé ou public) en France ou dans le monde entier. L'hospitalisation doit être prescrite par un médecin, pour y recevoir les soins nécessités par une maladie, une maternité ou un accident garanti. A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré.

Hospitalisation en secteur spécialisé

Tout séjour prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en centre de : rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

Long séjour

Service ou unité dans un hôpital ou une clinique pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SSR)

Service ou unité dans un hôpital ou une clinique pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables et servent de base pour les calculs des remboursements des Régimes obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la Classification commune des actes médicaux (CCAM), la Liste des produits et prestations (LPP) et la Table nationale de biologie (TNB).

Nullité

C'est l'annulation pure et simple du contrat ou de l'adhésion qui est censé(e) alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

Parcours de soins

Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation du médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant, il s'agit des gynécologues, ophtalmologues, stomatologues et pour les bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans des psychiatres et neuro psychiatres.

Participation forfaitaire

En vigueur depuis le 1er janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 1 euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 euros par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

Plafond dentaire

Montant maximum remboursé par année d'assurance, par bénéficiaire, exprimé par formule de garanties choisie. Seuls les remboursements des prothèses dentaires hors 100% santé* entrent dans le calcul du plafond dentaire. Lorsque le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires hors 100% santé* remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, incluant le remboursement du Régime Obligatoire.

Période de garantie

Elle correspond à la période pendant laquelle les garanties du contrat sont acquises. Elle débute à la prise d'effet de l'affiliation et cesse à la date de résiliation de l'adhésion.

Régime obligatoire - RO

Il s'agit du ou des Régimes obligatoires d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont respectivement affiliés l'Adhérent et les assurés de l'adhésion au contrat.

Résiliation

C'est la cessation des effets de l'adhésion.

Service spécialisé

Tout séjour à l'hôpital ou en clinique prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en service ou centre tel que : rééducation convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

Sinistre

L'événement, la maladie ou l'accident, mettant en jeu la garantie, alors que l'adhésion au contrat est en vigueur.

Tarif d'autorité – TA

Tarif forfaitaire servant de base de remboursement au Régime obligatoire pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire.

Tarif de convention – TC

Tarif de base utilisé par le Régime obligatoire pour le calcul des remboursements d'actes réalisés par un professionnel de santé conventionné. Il est déterminé conventionnellement entre les organismes de la Sécurité sociale, les fédérations des différents praticiens de santé et les établissements de soins.

Tarif de responsabilité – TR

Tarif de base utilisé par le Régime obligatoire pour le calcul du remboursement des médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Ticket modérateur - TM

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le Régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Transport

Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Chapitre 2 : Le fonctionnement de l'adhésion

2.1. L'Adhérent et les personnes assurées

Pour adhérer au contrat la personne physique doit :

- adhérer à l'Association AaZ,
- être assujetti à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- adhérer à l'un des contrats **Zen Santé Senior** N°A 7052 0001 ou A 7052 0002,
- résider en France,
- être majeur civilement responsable,
- être âgé à l'adhésion d'au moins 55 ans pour l'Adhérent et d'au moins 40 ans pour le conjoint.

En cas de non-respect de ces dispositions, l'Adhérent s'expose à ce que la *nullité* de son adhésion au contrat **Zen Santé Honoraires +** soit prononcée.

Peuvent également être assurés au titre de son adhésion, son conjoint et ses enfants, ayants-droit aux prestations en nature d'un Régime d'Assurance Maladie obligatoire français. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion et désignés dans la présente notice d'information par le terme « Ayants droit ».

2.2. Les conditions et formalités d'adhésion

Quel que soit le mode d'adhésion au contrat, l'Adhérent doit remplir, dater et signer une demande d'adhésion comportant :

- les garanties choisies : la formule de base et, le cas échéant la ou les formules renfort correspondantes à la formule de base ;
- des indications relatives à la situation personnelle des personnes à assurer.

Un complément d'information peut être demandé lors de l'étude du dossier.

L'acceptation de l'adhésion est conditionnée aux réponses aux différentes demandes d'information. L'ensemble des réponses aux questions de la demande d'adhésion est obligatoire. Le défaut de réponse aura pour conséquence le non-examen du dossier.

Tout assuré résilié dans le cadre d'une adhésion au présent contrat ne pourra être de nouveau admis que sur accord express de l'Assureur, via GENERATION.

L'Adhérent s'engage à déclarer à l'Assureur toute modification relative à sa situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle il reçoit son certificat d'adhésion.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'Adhérent et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

2.3. L'âge limite d'adhésion

Age limite d'adhésion lors de la prise d'effet des garanties :

- moins de 80 ans lorsque l'Adhérent est assuré par l'une des formules « F4 – F5 ou F6 » du contrat **Zen Santé Senior**,
- sans limitation lorsque l'Adhérent est assuré par l'une des formules « F1 - F2 ou F3 » du contrat **Zen Santé Senior**.

Rappel : Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, est pris en compte celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

2.4. Les déclarations de l'Adhérent

2.4.1. À l'adhésion

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et la cotisation fixée en conséquence.

L'Adhérent doit répondre à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la demande d'adhésion.

L'Adhérent doit déclarer les garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

2.4.2. En cours d'adhésion

En cours d'adhésion, et conformément à l'article L 113-2 du Code des assurances, l'Adhérent doit informer l'Assureur de tout changement de situation, **et notamment** :

- tout changement de la composition de la famille (naissance, mariage, divorce, décès) ;
- toute cessation ou changement d'affiliation d'un des *assurés* au *Régime obligatoire* ;
- toute modification des éléments renseignés dans la proposition d'assurance ;
- tout changement de *domicile* ou fixation hors de France,
- tout changement d'adresse électronique,
- toute souscription de garanties de même nature auprès d'autres assureurs ;

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique (art. R53-2 du Code des postes et communications électroniques) adressé à GENERATION, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'Adhérent en a eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

2.4.3. La validité des déclarations

Les déclarations et communications de l'Adhérent servent de base à l'application de son adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à GENERATION par écrit et après accord de GENERATION, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque l'Adhérent l'aura informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire GENERATION ou l'Assureur en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

2.4.4. Les conséquences de la fausse déclaration

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances :

- article L. 113-8 – *Nullité* du contrat ;
- article L. 113-9 – Réduction des indemnités.

2.5. La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat

2.5.1. La conclusion de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur, via GENERATION.

L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par l'émission du *certificat d'adhésion* qui indique la date d'effet de l'adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail de la cotisation.

La date de conclusion de l'adhésion est celle de l'acceptation par l'Assureur qui est indiquée sur le certificat d'adhésion.

2.5.2. La durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur pour une durée annuelle.

L'adhésion se renouvelle ensuite lors de l'*échéance principale* chaque année, par tacite reconduction sans intervention de la part de l'Adhérent, sauf dénonciation formulée par lui-même, l'Assureur ou l'Association et, dans les conditions mentionnées à l'article 2.8. *Résiliation de l'adhésion aux contrats*.

L'adhésion prend fin à l'extinction de la totalité de vos garanties d'assurance.

2.6. La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties

2.6.1. La prise d'effet

La date d'effet des garanties est indiquée au certificat d'adhésion. L'adhésion produira ses effets au plus tôt à la date fixée au *certificat d'adhésion*. **La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion au contrat Zen Santé Honoraires +, ainsi que de celle de l'adhésion au contrat Zen Santé Senior.** Les mêmes dispositions s'appliquent à tout *avenant* à l'adhésion.

2.6.2. Les délais d'attente

Les garanties sont acquises immédiatement et sans délai d'attente.

2.6.3. La cessation des garanties

La garantie est viagère. Elle cesse toutefois :

- dès que l'*assuré* ne répond plus à la définition des personnes assurées ;
- à l'égard de chaque *assuré*, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

2.7. La suspension des garanties

L'adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de : non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des assurances (art. L 113-3),

En cas de suspension l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où : les cotisations arriérées, celles venant à *échéance*, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés en cas de non-paiement.

La suspension des garanties entraîne pour chaque *assuré*, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des *accidents, maladie* ou *maternité* survenus pendant cette période, quand bien même leur facturation serait postérieure, ainsi que la perte des droits à remboursement des prestations facturées pendant cette période.

2.8. La résiliation de l'adhésion au contrat

Toute résiliation de l'adhésion au contrat Zen Santé Honoraires + est définitive.

2.8.1. Par l'Adhérent

L'adhésion au contrat peut être résiliée :

- A la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.
L'Adhérent a également la possibilité de mettre un terme à son adhésion au contrat Zen Santé Honoraires + à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.
- En cas de modification du tarif décidée en fonction de l'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, et ce dans les 30 jours suivant la date de notification de cette modification.

2.8.2. Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée en cas de :

- non-paiement des cotisations ;
- réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'Adhérent n'accepte pas le tarif proposé ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues, **étant précisé que l'assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse** ;
- déménagement de l'assuré hors de France ou fixation de sa résidence fiscale à l'étranger ;
- en cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (art. L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L 641-11-1 du Code de commerce) de l'Adhérent, et dans le respect des dispositions de ces textes.

2.8.3. De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur ;
- en cas de décès de l'Adhérent,
- en cas de résiliation de l'adhésion au contrat Zen Santé Senior,.
- pour chaque assuré selon les garanties choisies et couvertes, dans les conditions prévues à l'article 2.6.3 *La cessation des garanties.*

En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations sont dues pour les soins et traitement en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

2.8.4. Modalités de la résiliation

L'Adhérent peut résilier son adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique afin de conserver une preuve de sa demande, ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.

Adresse postale : GENERATION - Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 09

Précisions sur l'envoi recommandé électronique :

Art. R. 53-2 issu du Code des postes et communications électroniques : Le prestataire de lettre recommandée électronique délivre à l'expéditeur une preuve du dépôt électronique de l'envoi. Le prestataire doit conserver cette preuve de dépôt pour une durée qui ne peut être inférieure à un an. « Cette preuve de dépôt comporte les informations suivantes :

1° Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;

- 2° Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;
- 3° Un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;
- 4° La date et l'heure du dépôt électronique de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié tel que défini par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus ;
- 5° La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi. »
- La résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Assureur, via GENERATION, doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

2.9. Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance

	Démarchage à domicile	Vente à distance
Définitions	« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »	« Fourniture de services à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestations de services à distance, organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat. »
Exécution immédiate du contrat		Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent. La cotisation dont l'Adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.
Modalités et conditions de renonciation	L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le <i>certificat d'adhésion</i>). Il doit pour cela adresser au délégataire de gestion sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle. Courrier postal : GENERATION - Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 09	

Modèle de lettre de renonciation	<p>Je soussigné(e) (<i>nom et prénom de l'Adhérent</i>), demeurant à (<i>domicile principal</i>) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat Zen Santé Honoraires + N° (<i>numéro d'adhésion</i>) que j'ai signée le (<i>date</i>).</p> <p>(<i>Si des cotisations ont été versées</i>) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la <i>période de garantie</i>.</p> <p>(<i>En cas de commercialisation à distance</i>) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.</p> <p>(<i>Indiquez le lieu, la date et votre signature</i>).</p>	
Perte de la faculté de renonciation	Si l'Adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.	
Conséquences de la renonciation	<p>La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception.</p> <p>L'Assureur procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets.</p> <p>L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.</p>	<p>Si l'Adhérent a demandé l'exécution de son adhésion dès sa conclusion, lorsque celui-ci exerce son droit de rétractation, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel de la prime correspondante à la période d'assurance, à l'exclusion de toute pénalité.</p> <p>Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.</p>
Articles du Code des assurances	L. 112-9 du Code des assurances.	L. 112-2-1 du Code des assurances

2.10. Les cotisations

2.10.1. Le montant des cotisations

Le montant de la cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés, du lieu de domicile de l'Adhérent, de la composition familiale et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des Régimes obligatoires dont l'Adhérent et ses bénéficiaires relèvent lors de la prise d'effet des garanties.

En cours d'adhésion :

- Indépendamment des éléments indiqués aux paragraphes suivants, les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 64 ans, de 2,5% de 65 ans à 74 ans, de 3% de 75 à 79 ans et de 4% à partir de 80 ans.
- En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.
- La cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.
- La cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

Les taxes et contributions à la charge des assurés sont comprises dans la cotisation.

2.10.2. La variation des cotisations

Les cotisations évoluent à chaque échéance principale de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements.

Il est convenu que si les bases techniques de détermination de ces taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini.

Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par le Régime obligatoire et / ou toutes modifications législatives et réglementaires.

Dans ce cas la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance principale de l'adhésion.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions. Toute modification ou ajout de taxe ou contribution de toute nature impliquera sans délai une variation de cotisations, s'agissant là de dispositions impératives.

2.10.3. La révision du tarif

L'Assureur peut également être amené à modifier son tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties.

Les révisions tarifaires interviennent à partir de la prochaine échéance principale de l'adhésion dans le respect des dispositions de l'article L 141-4 du code des assurances.

Dans cette hypothèse, l'Adhérent aura la faculté de résilier son adhésion conformément à l'article 2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat.

2.10.4. Le paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. GENERATION peut accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels (uniquement par prélèvement automatique) ; il en est alors fait mention au Certificat d'adhésion.

2.10.5. Le non-paiement des cotisations

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, GENERATION, pour le compte de l'Assureur, pourra, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice, adresser à l'Adhérent à son dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Les garanties seront suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et l'adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

L'adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés par l'Adhérent. La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux remboursements des frais de soins (se rapportant à des accidents, maladie ou maternité) survenus pendant cette période.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à la charge de l'Adhérent ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).

2.11. La prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant des présents contrats sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances.

2.11.1. Délai de prescription

Article L. 114-1

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

1. en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, 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^e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

2.11.2. Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription 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 ou envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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.

2.11.3. Caractère d'ordre public de la prescription

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.

2.11.4. Les causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

- **Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait**

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

- **Demande en justice**

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

2.11.5. Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

2.11.6. Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'Assureur.

2.12. La subrogation

En cas d'*accident* avec un tiers responsable, l'Assureur exercera son recours conformément aux articles L. 121-12 et L 131-2 du Code des assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'*assuré*.

2.13. Les réclamations – La médiation

2.13.1. La réclamation liée à la distribution

Les modalités de traitement des réclamations concernant la distribution du contrat sont annexées aux présentes notices.

2.13.2. La réclamation hors distribution

Premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant son adhésion au contrat, dans un premier temps, l'Adhérent est invité à prendre contact avec son interlocuteur habituel ou avec le service client GENERATION. Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes, à l'adresse suivante :

- par Internet via l'adresse www.generation.fr et le formulaire « adresser une réclamation à Génération »

ou

- par courrier Génération - Service individuel - 29080 QUIMPER Cedex 09

Deuxième contact : le service réclamations

En cas de désaccord avec la réponse apportée, l'organisme gestionnaire met à disposition de l'association souscriptrice, de l'assuré et/ou des bénéficiaires une cellule de Recours interne qui peut être saisie par :

- par mail : conformite@generation.fr en indiquant dans l'objet « Demande de recours interne »
- par courrier : Génération - Service Conformité (n° adhérent) - 29080 Quimper Cedex 09

2.13.3. La médiation

En dernier recours : le médiateur de l'assurance

Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes, à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance.

2.14. L'autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance - 4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

2.15. Protection des données à caractère personnel

Les modalités de traitement des données à caractère personnel par Zenioo sont annexées à la présente notice d'information.

Seules sont reprises ci-dessous les modalités de traitement par GENERATION et SWISSLIFE.

2.15.1. Qualité des parties

Dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du Contrat, des données à caractère personnel concernant l'Adhérent et les Assurés sont traitées par GENERATION et SWISS LIFE en leurs qualités de responsables conjoints de traitement.

SWISS LIFE, en sa qualité d'Assureur, détermine les bases légales garantissant la licéité des traitements de données, ainsi que les objectifs et finalités principaux des traitements de données à caractère personnel.

GENERATION, en sa qualité de délégataire de gestion, détermine les moyens principaux nécessaires au traitement des données personnelles et assure leur mise en œuvre technique et opérationnelle.

La relation entre GENERATION et SWISS LIFE, en leur qualité de responsables de traitement conjoints, fait l'objet d'un acte juridique écrit reflétant dûment les rôles respectifs des responsables conjoints du traitement et leurs

relations vis-à-vis de l'Adhérent et des Assurés. Les grandes lignes de cette relation peuvent être mis à disposition de l'Adhérent et des Assurés en adressant une demande écrite au Délégué à la Protection des Données.

2.15.2. Finalités des traitements de données personnelles

Aux fins de fournir les garanties du Contrat, les données à caractère personnel peuvent être traitées pour différentes finalités, mises en œuvre conformément aux réglementations applicables selon les bases légales décrites ci-dessous :

Finalité du traitement de données personnelles	Fondement légal permettant la mise en œuvre du traitement
Finalité 1 : Passation, gestion et exécution du contrat, pouvant notamment inclure des prises de décisions automatisées	
<ul style="list-style-type: none"> Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés Elaboration des statistiques et études actuarielles Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque Exécution des garanties des contrats Gestion des contrats et Gestion des clients Exercice des recours et gestion des réclamations et des contentieux 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'Adhérent et le(s) Assuré(s) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de ces derniers.
<ul style="list-style-type: none"> Exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme) 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis
<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre la fraude, ces dispositifs pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des contrats et aux intérêts légitimes poursuivis par les responsables du traitement. Ces intérêts consistent notamment à garantir (i) la pérennité de l'activité de l'Assureur et des risques qu'il assure, et de (ii) favoriser l'équité entre Assurés (la mutualisation des cotisations et des risques étant au cœur des activités d'assurance).
<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'actions de prévention proposées par l'Assureur Conduite d'activités de recherche et développement Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement. Ces intérêts consistent notamment en l'amélioration des produits et services aux clients, en la prévention et réduction des risques et sinistres, ou encore en la réalisation d'enquête de satisfaction ou autres opérations en relation avec la clientèle.
Finalité 2 : Prospection commerciale	
<ul style="list-style-type: none"> Effectuer les opérations relatives à la gestion des prospects de l'Organisme d'assurance L'acquisition, la cession, la location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes des responsables de traitement conjoints aux fins de pouvoir développer leurs activités et proposer aux Adhérents et Assurés de nouveaux produits et offres. Vous pouvez vous opposer à tout moment à ce traitement en exerçant vos droits, conformément au paragraphe « Exercice des droits » ci-dessous.

Des données de santé de l'Adhérent et des Assurés peuvent faire l'objet de traitements sur le fondement de l'article 9, 2-b du Règlement Général sur la Protection des Données pour l'exécution des garanties du contrat en matière de protection sociale.

2.15.3. Information des Assurés par l'Adhérent

Dans le cadre de l'exécution du Contrat, l'Adhérent peut être amené à transmettre à l'Assureur ou au Délégué de gestion, de son plein gré, des données à caractère personnel relatives aux Bénéficiaires des garanties. L'Adhérent reconnaît et s'engage pleinement à informer les Assurés Bénéficiaires des présentes conditions relatives aux traitements de données à caractère personnel, notamment en portant à leur connaissance la présente Notice d'information.

2.15.4. Destinataires et transferts des données à caractère personnel

Les données relatives aux Adhérents et aux Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe de sociétés auquel appartient SWISS LIFE dans le cadre de l'exercice de leurs missions, aux sous-traitants (agents généraux d'assurance, hébergeur de données, prestataires de solutions informatiques, prestataires d'envois de courriers, etc.) agissant sur strictes instructions des responsables de traitement conjoints, aux réassureurs intervenant dans le cadre des garanties du présent Contrat, ainsi qu'aux mandataires et partenaires (partenaires intervenant dans le cadre des prestations d'assistance, etc.) des responsables de traitement conjoints. Certaines données pourront également être destinées à tous organismes professionnels ou administrations dans le cadre de leurs missions respectives ou pour répondre à des obligations légales.

SWISS LIFE et GENERATION favorisent le traitement des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés au sein de pays membres de l'Union Européenne. La majorité des traitements de données sont opérés en France ou en Union Européenne. Dans le cadre de certaines activités, des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés peuvent faire l'objet d'un transfert en dehors de l'Union Européenne en vertu de la mise en place de garanties appropriées (notamment la signature de clauses contractuelles types adoptées par une autorité de contrôle ou la Commission européenne et/ou le respect d'un code de conduite) et/ou en vertu d'une décision d'adéquation de la Commission européenne vers un pays assurant un niveau de protection adéquat.

2.15.5. Durées de conservation des données

Les données à caractère personnel de l'Adhérent et des Assurés sont conservées durant toute la durée nécessaire à l'exécution du Contrat d'assurance, puis sont supprimées ou archivées au terme des obligations légales incombant aux responsables de traitement conjoints.

2.15.6. Exercice des droits

L'Adhérent et les Assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données les concernant. Ils ont également la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données après leur décès. Si L'Adhérent et les Assurés ont consenti de manière expresse à certaines utilisations de données, ils peuvent retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application du Contrat ou le respect par les responsables de traitement conjoints d'une obligation légale ou réglementaire.

L'Adhérent et les Assurés peuvent également s'opposer au traitement de leurs données pour un motif légitime. Ils peuvent exercer ce droit d'opposition à tout moment, et de manière absolue, sans justifier d'un motif, pour ne plus recevoir par SMS et/ou mail des offres commerciales de la part des responsables conjoints de traitement pour leurs services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, l'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser à : SWISS LIFE – DPO - 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr. Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil de GENERATION.

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, L'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

Tout Adhérent ou Assuré est informé qu'il est par ailleurs en droit de déposer une plainte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (<https://www.cnil.fr/>). Nous encourageons l'Adhérent et nos Assurés à contacter en amont nos Délégués à la Protection des Données pour toute problématique relative au traitement de leurs données personnelles.

2.15.7. Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

Les responsables de traitement conjoints ont désigné un Délégué à la Protection des Données. Vous pouvez directement prendre contact avec ces derniers aux coordonnées suivantes :

- Pour l'Assureur (porteur de risque) SWISS LIFE, par courrier postal à l'adresse suivante : SWISS LIFE – DPO - 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr;
- Pour le délégataire de gestion GENERATION, par courrier postal à l'adresse suivante : GENERATION - 12 bis rue de Kerogan 29080 QUIMPER cedex 9 ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@generation.fr.

Chapitre 3 : Les garanties

3.1. Le cadre juridique

Les garanties du contrat sont « non responsables ».

Elles ne respectent pas l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

De ce fait, elles ne peuvent pas bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation actuelle en vigueur.

Toutefois, en cas d'évolutions législatives et/ou réglementaires effectuées dans le cadre du contrat responsable Zen Santé Senior, les garanties du contrat Zen Honoraires + seront également modifiées pour suivre ces évolutions, sauf refus exprimé de votre part entraînant la résiliation de votre adhésion.

Le contrat Zen Santé Honoraires + est « **solidaire** ».

Par contrat « solidaire », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées et pour lequel aucun questionnaire médical n'est demandé aux assurés lors de l'adhésion.

3.2. L'objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement des dépassements d'honoraires des praticiens n'adhérant pas à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé (DPTAM) à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité, en complément des prestations versées par le régime obligatoire d'assurance maladie de la personne assurée et celles effectuées au titre du contrat **Zen Santé Senior**.

Les frais pouvant faire l'objet d'une prise en charge partielle ou totale sont ceux exclusivement listés dans le tableau des garanties.

3.3. Ce que garantit le contrat

Les garanties du contrat prévoient le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale et du contrat **Zen Santé Senior** dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale.

Le total des remboursements effectués au titre des adhésions aux contrats Zen Santé Senior et Zen Santé Honoraires + ne peuvent en aucun cas excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie. Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale.

3.4. L'étendue territoriale des garanties

La garantie du contrat s'exerce en France. Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de Sécurité sociale de l'Assuré s'applique.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de la République Française.

Chapitre 4 : Les exclusions et limitations de garantie

4.1. Les cas où la garantie ne s'exerce pas

- la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévue au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale

Elles ne garantissent également pas les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

4.2. Les limitations de la garantie santé

Elles sont mentionnées dans le tableau des garanties du contrat ou au bas de celui-ci pour les formules de garantie concernées par les limitations.

En aucun cas, le versement de prestations, même effectué à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur à l'une des exclusions de garanties prévues au contrat.

Chapitre 5 : Le règlement des prestations

5.1. Le règlement des prestations

Les procédures de mise en œuvre des garanties sont les mêmes que celles décrites et exposées au Chapitre 5 des contrats **Zen Santé Senior**.

Le tiers payant

Une attestation de tiers payant est délivrée à l'Adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées.

L'utilisation de l'attestation de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite attestation. En cas d'utilisation frauduleuse de l'attestation de tiers payant, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement son attestation en cours de validité.

Si l'Adhérent, préalablement à sa demande de remboursement présentée à *GENERATION*, a déjà bénéficié d'une prise en charge de ses frais par un premier organisme complémentaire, il devra, en complément des pièces et éléments mentionnés ci-dessus, communiquer le décompte de ce régime complémentaire

Le cumul des divers remboursements obtenus par l'Adhérent ne peut excéder la dépense réelle.

Le paiement des prestations

Le remboursement des frais médicaux est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des *assurés* et effectué en France dans la monnaie légale de la République Française.

5.2. Les renseignements complémentaires

Le médecin-conseil de GENERATION peut demander tous renseignements complémentaires sur la *maladie* ou l'*accident* traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale.

L'Adhérent peut lui communiquer ces renseignements directement, à son attention exclusive.

5.3. Le contrôle et expertise

Sauf cas de force majeure, l'*assuré* malade ou accidenté doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par l'Assureur.

Toute contestation de l'Adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

- **L'expertise contradictoire** : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'Assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;
- **Compromis d'arbitrage** : si un désaccord sur l'état de santé de l'Adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal judiciaire du domicile de l'Adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties.

Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

5.4. Les délais à respecter

Les demandes de remboursement doivent parvenir à GENERATION dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de *déchéance*.

5.5. Les sanctions

Si l'*assuré* ne respecte pas un des points précédemment énoncés, **GENERATION pourra refuser le remboursement.**



TABLEAU DES GARANTIES ZEN SANTÉ SENIOR

Contrat imaginé par Zenioo, avec comme gestionnaire Génération et assuré par Swiss Life

	HOSPI	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6
Questionnaire de santé / Délai d'attente	Sans QS / 1 mois	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
HOSPITALISATION							
Honoraires							
dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	150 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %
À partir de la 2 ^{ème} année	150 %	125 %	150 %	175 %	225 %	275 %	325 %
À partir de la 3 ^{ème} année	150 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %	350 %
hors OPTAM ou OPTAM-CO	130 %	100 %	105 %	130 %	180 %	200 %	200 %
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾ Durée illimitée	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Frais de séjour							
Secteur conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Section non conventionné	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Autres frais							
Exclu si ECO 1 / > Chambre particulière ⁽³⁾⁽⁴⁾ - Forfait par journée	40 € / jour	-	40 € / jour	45 € / jour	55 € / jour	65 € / jour	80 € / jour
> Frais accompagnant, télévision, téléphone et Internet (20 jours par événement)	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	20 € / jour
> Transport du malade	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux : médecins généralistes et spécialistes, radiologie, imagerie, échographie, actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)							
dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	-	100 %	100 %	130 %	150 %	200 %	250 %
hors OPTAM ou OPTAM-CO	-	100 %	100 %	110 %	130 %	180 %	200 %
Hospitalisation à domicile	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux	-	100 %	100 %	130 %	150 %	200 %	250 %
Analyses et examens de laboratoire	-	100 %	100 %	130 %	150 %	200 %	250 %
Consultations non remboursées par la Sécurité sociale - Médecines complémentaires : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues	-	50 € / an	50 € / an	75 € / an	100 € / an	125 € / an	150 € / an
À partir de la 3 ^{ème} année		75 € / an	100 € / an	150 € / an	175 € / an	200 € / an	225 € / an
Médicaments et homéopathie :							
> remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
> remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Exclu si ECO 2 / > remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical : prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés par la Sécurité sociale	-	100 %	100 % + 75 € / an	100 % + 100 € / an	100 % + 125 € / an	100 % + 150 € / an	100 % + 200 € / an
Cures thermales							
> Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale	-	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
> Forfait hébergement et dépassements soins	-	-	75 € / an	100 € / an	125 € / an	150 € / an	200 € / an
À partir de la 2 ^{ème} année	-	-	75 € / an	100 € / an	125 € / an	150 € / an	200 € / an
À partir de la 3 ^{ème} année		100 € / an	125 € / an	150 € / an	150 € / an	200 € / an	300 € / an

TABLEAU DES GARANTIES ZEN SANTÉ SENIOR

Contrat imaginé par Zenioo, avec comme gestionnaire Génération et assuré par Swiss Life

	HOSPI	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6
Prévention							
> Forfait Prévention : ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables	-	50 € / an	50 € / an	50 € / an	50 € / an	50 € / an	50 € / an
Exclu si ECO 1 / > Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale avec ou sans prescription médicale, vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, glucomètre, autotensiomètre	-	-	15 € / an	20 € / an	30 € / an	40 € / an	50 € / an
OPTIQUE							
Équipements 100 % Santé * : Équipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé * (classe à prise en charge renforcée) ^(b) – Renouvellement tous les 2 ans ^(c)							
> Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	-	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
> Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	-	100 %	40 €	50 €	60 €	80 €	100 €
Équipements hors 100 % Santé * : Équipement entrant dans le cadre du panier libre ^(b) – Renouvellement tous les 2 ans ^(c) – Le remboursement de la monture est plafonné à 100 €							
> Une monture de classe B avec 2 verres simples	-	100 %	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
> Une monture de classe B avec au moins un verre complexe ou très complexe	-	100 %	200 €	250 €	300 €	350 €	450 €
Lentilles de contact							
> Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
> Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale	-	-	50 € / an	75 € / an	100 € / an	125 € / an	150 € / an
Chirurgie réfractive	-	-	100 € / an	150 € / an	200 € / an	250 € / an	300 € / an
À partir de la 2 ^{ème} année	-	-	200 € / an	250 € / an	300 € / an	400 € / an	500 € / an
DENTAIRE							
Soins							
> Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale	-	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %
> Inlays - onlays remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100 % Santé * et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés ^(a) ou libres	-	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %
> Inlays-core remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100 % Santé * et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés ^(a) ou libres	-	100 %	150 %	175 %	225 %	275 %	325 %
Soins et prothèses 100 % Santé *							
> Actes prothétiques et inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé * sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé)	-	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses hors 100 % Santé *							
> Actes prothétiques hors cadre du panier de soins 100 % Santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés ^(a) ou libres	-	100 %	150 %	175 %	225 %	275 %	325 %
À partir de la 3 ^{ème} année	-	125 %	175 %	200 %	250 %	300 %	350 %
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale							
> Implantologie, orthodontie, prothèses, parodontologie	-	-	-	100 € / an	150 € / an	200 € / an	300 € / an
À partir de la 2 ^{ème} année	-	-	-	150 € / an	200 € / an	300 € / an	400 € / an
À partir de la 3 ^{ème} année	-	-	-	200 € / an	250 € / an	350 € / an	500 € / an

TABLEAU DES GARANTIES ZEN SANTÉ SENIOR

Contrat imaginé par Zenioo, avec comme gestionnaire Génération et assuré par Swiss Life

	HOSPI	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6
AIDES AUDITIVES							
Équipements 100 % Santé *							
> Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de classe 1 entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé * (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans ^(d)	-	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements hors 100 % Santé *							
> Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % Santé * (appareil de classe 2 à prix libre) - Renouvellement tous les quatre ans ^(d) - Remboursement maximum : 1 700 € par oreille à appareiller ^(d)	-	100 %	100 % + 75 € / an	100 % + 100 € / an	100 % + 125 € / an	100 % + 150 € / an	100 % + 200 € / an
À partir de la 3 ^{ème} année		100 %	100 % + 200 € / an	100 % + 300 € / an	100 % + 400 € / an	100 % + 500 € / an	100 % + 700 € / an
ASSISTANCE - SERVICES							
Assistance	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
> Carte Blanche : Tiers payant, accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité, pas d'argent à avancer chez de nombreux professionnels de santé ⁽²⁾	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation illimitée	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
RENFORTS							
Hospitalisation +	Pour renforcer les garanties en cas d'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Honoraires DPTAM : + 25 % ○ Chambre particulière : + 20 € / jour ○ Frais accompagnant, télévision, téléphone et internet : + 5 € / jour 			Honoraires +	Pour de meilleurs remboursements en cas de dépassements d'honoraires <ul style="list-style-type: none"> ○ Honoraires d'hospitalisation et consultations des médecins n'ayant pas souscrit au DPTAM : + 50 % 		

À l'exception de la formule Hospi, Les garanties du contrat **ZEN SANTÉ SENIOR** décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat **ZEN SANTÉ SENIOR** s'adaptera donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « **100% Santé*** »).

Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessus.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro), en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des « Prix Limites de Ventes » (PLV) et des « Honoraires Limites de Facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur ^(a).

1. OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie / Obstétrique
2. Hors régime Alsace Moselle
3. Limitation à 30 jours par an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle
4. La chambre particulière n'est pas garantie pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie

* tels que définis réglementairement

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100 % Santé * ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements (Sécurité sociale + Zen Santé Senior) sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale. Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur. (d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES ZENIOO

Zenioo est une Société par actions simplifiées au capital de 1 267 431 euros, immatriculée au RCS de LYON sous le numéro 884 782 582 dont le siège social est situé au 75 bis rue de Sèze – 69006 LYON.

Zenioo a la qualité de courtier en assurances, immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 20 005 879 (informations consultables à l'adresse suivante : www.orias.fr).

L'autorité en charge du contrôle de ses opérations est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

Cette annexe à votre notice d'information en fait partie intégrante et vous permet d'obtenir l'accès aux informations sur la manière dont Zenioo réalise :

- Le traitement des réclamations
- Le traitement de vos données à caractère personnel.

Traitement des réclamations By Zenioo

La satisfaction des clients est au cœur de nos préoccupations. Hélas, malgré notre volonté de vous servir au mieux, vous avez pu rencontrer des difficultés dans le cadre de votre expérience avec ZENIOO.

Si vous souhaitez nous les partager, nous restons, avec nos partenaires, à votre entière écoute pour vous apporter la meilleure solution possible.

Pour savoir comment vous pouvez formuler une réclamation et retrouver toutes les mentions d'information relative au traitement des réclamations par Zenioo, nous vous invitons à consulter la rubrique « traitement des réclamations » sur notre site, accessible à l'adresse suivante : <https://zenioo.com/gestion-de-reclamations/>

Traitement de vos données personnelles By Zenioo

Zenioo a à cœur de traiter avec une grande attention vos données à caractère personnel.

Vous pouvez retrouver les modalités de traitement de vos données à caractère personnel directement sur notre site dans la rubrique « Politique de protection des données et gestion des cookies », accessible à l'adresse suivante : <https://zenioo.com/politique-donnees-personnelles-et-cookies/>

Notre Délégué à la protection des Données reste bien entendu à votre disposition pour tout complément d'information aux coordonnées suivantes :

- Par voie postale : 75 bis rue de Sèze - 69006 LYON (DPO de ZENIOO)
- Par email : dpo@zenioo.com.



STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO
Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

- MISE A JOUR DU 14 AVRIL 2022 -

SOMMAIRE

Article 1 – Dénomination.....	2
Article 2 – Siège	2
Article 3 – Durée	2
Article 4 - Objet.....	2
Article 5 – Membres	3
Article 6 – Démission, Exclusion, décès	4
Article 7 – Responsabilité des Membres	4
Article 8 – Opposabilité aux Membres	4
Article 9 – Ressources, dépenses, droit d’entrée, cotisation et fonds social	5
Article 10 – Conseil d’administration	5
Article 11 – Assemblées générales	9
Article 12 – Comptes de l’Association	11
Article 13 – Règlement intérieur	12
Article 14 – Dissolution, liquidation	12
Article 15 – Attribution de compétence.....	12
Article 16 – Déclaration et publication.....	12

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Article 1 – Dénomination

L'Association a pour dénomination « Association des Assurés de Zenioo » ou, en abrégé « AaZ ».

Article 2 – Siège

Le siège social est fixé à Lyon 2^{ème}, 33 rue de la République.

Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'administration qui dispose à cet effet du pouvoir de modifier les statuts.

Des bureaux de représentation à l'étranger peuvent être créés sur décision du Conseil d'administration. Ces bureaux sont régis selon les présents statuts.

Article 3 – Durée

L'Association est constituée pour une durée illimitée. Elle prend fin toutefois en cas de dissolution volontaire, statutaire, ou judiciaire.

Article 4 - Objet

Cette Association a pour objet :

- D'étudier, négocier et souscrire des contrats collectifs d'assurance de personnes (ex : *assurance santé, assurance prévoyance, assurance emprunteur*), notamment des produits d'assurances co-conçus par des organismes d'assurances et le courtier en assurance grossiste ZENIOO, en faveur de ses Membres, ainsi que des contrats collectifs d'assurance accessoires auxdits contrats collectifs d'assurance de personnes (ex : assistance, protection juridique) (ci-après dénommés « Contrats collectifs ») ;
- De suivre avec les organismes d'assurance la politique tarifaire prévue au contrat dans le cadre des renouvellements et/ou des modifications de la réglementation et à en rendre compte à la plus proche assemblée générale
- De faire évoluer les Contrats collectifs souscrits en améliorant les garanties tout en respectant un niveau d'équité entre les Membres ;
- D'informer ses Membres de la situation et de l'évolution des Contrats collectifs auxquels ils ont adhéré ainsi que de l'évolution de l'environnement et de la réglementation de l'assurance des personnes en général ;
- D'assurer la représentation des intérêts collectifs de ses Membres auprès des organismes d'assurance contractants et, le cas échéant, de ZENIOO ;
- De créer un esprit de solidarité nationale et internationale entre les adhérents aux Contrats collectifs, avec notamment la mise en place d'un fonds social à leur destination pour les aider suite à la survenance d'événements garantis au contrat ;
- De réaliser toutes analyses ou études statistiques en lien avec le présent objet de l'Association ;
- De proposer, mettre en œuvre et animer tous séminaires, ateliers de réflexion ou participer à toutes manifestations ou colloques liés à l'objet de l'Association ;
- De soutenir et participer à la mise en place d'autres associations ou groupements locaux, paneuropéens ou internationaux poursuivant un but similaire à l'objet de l'association ;
- D'assurer la défense des intérêts de ses Membres en lien avec l'objet de l'Association ;
- D'offrir à ses Membres tous autres services en lien avec l'objet de l'Association.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Dans ce cadre, l'Association et les présents statuts respectent les dispositions des articles L.144-1, L.141-7 et R.141-1 à R.141-9 du Code des assurances.

En vue de la réalisation de son objet, l'Association pourra conclure avec tous les organismes qualifiés tous accords, contrats ou conventions qui lui paraîtront nécessaires pour faciliter les rapports des membres de droit (tels que définis à l'article 5) avec les organismes et améliorer les avantages collectifs et individuels dont pourront bénéficier ses Membres.

Article 5 – Membres

L'Association se compose de 4 catégories de membres.

Parmi ces catégories figurent des membres de droit, adhérents aux Contrats collectifs souscrits par l'Association, et des membres ayant participé à la constitution de l'Association, ayant rendu des services importants et/ou ayant apporté une aide financière.

5-1 Membres statutaires

Ils sont chargés de la gestion et l'administration de l'Association et sont, à ce titre, dispensés, le cas échéant, du versement du droit d'entrée et de la cotisation associative, mais ils ne disposent, en contrepartie, d'aucune voix délibérative, sauf s'ils ont par ailleurs le statut de Membre adhérent de Droit.

5-2 Membres adhérents de Droit

Ces Membres adhérents sont divisés en deux catégories :

- « Particuliers » : personnes physiques agissant en leur nom propre ou celui de leurs ayants droits.
- « Entreprise » : personne morale représentée par une personne physique qu'elle désigne lors de son admission. En cas de changement, elle doit avertir l'association de la désignation d'un nouveau représentant.

Pour faire partie de l'Association, les Membres adhérents doivent être adhérents à un Contrat collectif souscrit par l'Association et être à jour du paiement de leur cotisation associative et/ou du droit d'entrée dont ils sont redevables au titre du Règlement intérieur.

La qualité de Membre adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de l'éventuel droit d'entrée et/ou de la cotisation associative fixé par le règlement intérieur, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion au Contrat collectif par l'organisme assureur.

A défaut d'acceptation par l'organisme assureur, le montant du droit d'entrée et/ou de la cotisation associative seront remboursés au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

5-3 Membres bienfaiteurs

Ce sont des personnes physiques ou morales participant au financement de l'Association par des dons ou toutes autres libéralités autorisés par la réglementation. Cela les dispense du versement d'un éventuel droit d'entrée. Tout membre bienfaiteur doit être agréé par le Conseil d'administration afin d'obtenir cette qualité. Selon les dispositions du règlement intérieur, ces Membres bienfaiteurs peuvent être tenus ou exonérés de cotisation associative.

5-4 Membres d'honneur

Ce sont des personnes physiques ou morales désignés et ainsi distingués par le Conseil d'Administration pour les services rendus ou l'appui moral apporté à l'Association. Les membres d'honneur sont dispensés, le cas échéant, du versement du droit d'entrée et de la cotisation associative, mais ils ne disposent, en contrepartie, d'aucune voix délibérative.

Article 6 – Démission, Exclusion, décès

La qualité de Membre se perd :

- pour les personnes physiques, en cas de décès ;
- par la démission adressée au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception à l'intention du Président, auquel devront être joints la copie du courrier de résiliation de l'adhésion aux assurances souscrites par l'Association. Lesdites résiliations devant respecter les conditions définies par les contrats d'assurance concernés ;
- pour les personnes morales, en cas de redressement/liquidation judiciaire ou de dissolution
- la disparition de l'une quelconque des conditions nécessaires à l'acquisition de la qualité de Membre, telle que la perte de la qualité d'adhérent à un Contrat collectif souscrit par l'Association ;
- par radiation prononcée par le Conseil d'administration pour infraction aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association, l'intéressé ayant été préalablement invité à faire valoir ses moyens de défense
- Le non-paiement du droit d'entrée et/ou de la cotisation associative définie dans le Règlement intérieur.

La perte de la qualité de Membre de l'Association emporte résiliation de l'adhésion au Contrat collectif.

Article 7 – Responsabilité des Membres

Aucun Membre de l'Association, à quelque titre qu'il en fasse partie, n'est personnellement responsable des engagements contractés par elle ; seul en répond le patrimoine de l'Association.

Article 8 – Opposabilité aux Membres

Les partenaires, notamment les apporteurs d'affaires du courtier grossiste ZENIOO, proposent à leurs clients d'adhérer individuellement à l'Association et aux Contrats collectifs que celle-ci a souscrit.

Lors de leur adhésion à l'Association et au Contrat collectif, les adhérents reçoivent une notice d'information valant conditions générales mentionnant notamment, les conditions et conséquences d'une résiliation du Contrat collectif par l'Association souscriptrice ou l'organisme assureur. Ces documents sont opposables aux adhérents.

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Article 9 – Ressources, dépenses, droit d'entrée, cotisation et fonds social

9-1 Ressources de l'Association

Celles-ci se composent :

- Les éventuelles droits d'entrée et Cotisations associatives de ses Membres adhérents de droit et des Membres bienfaiteurs
- Du revenu de ses biens
- Des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'association
- Des subventions ou versements autorisés par la loi
- De toute autre ressource non interdites par la loi.

9-2 Dépenses de l'Association

Elles sont constituées par toutes les sommes nécessaires à son fonctionnement et à sa représentation. Elles sont ordonnées par le Conseil d'administration ou par toute autre personne, par lui, mandatée à cet effet.

9-3 Droit d'entrée - Cotisation

Les Membres adhérents et les Membres bienfaiteurs peuvent être tenus d'acquitter un droit d'entrée dans l'Association ainsi qu'une cotisation associative.

Le montant ainsi que les modalités de paiement du droit d'entrée et/ou de la cotisation associative sont précisés dans le règlement intérieur et peuvent être révisés chaque année par le Conseil d'administration.

Le droit d'entrée et les cotisations associatives aident l'Association à :

- mener ses actions de recherche, sélection et souscription de Contrats collectifs conformément à son objet ;
- enregistrer et tenir à jour le registre des Membres adhérents de droit, avec leurs coordonnées et les caractéristiques et références des Contrats collectifs auxquels ils ont adhéré ;
- renforcer ses actions d'entraide et de soutien en faveur des Membres ;
- constituer un fonds social conformément à l'article 9-4 ;
- honorer ses frais de fonctionnement courants, de communication auprès des Membres ou pour promouvoir l'Association, ou ses charges statutaires (comme la tenue des assemblées générales, des conseils d'administration, ou les frais d'enregistrement d'actes afférents).

9-4 Fonds social

Il est constitué un fonds social utilisé sous la responsabilité du Conseil d'administration pour le déploiement d'actions diverses visant la cohésion, le bien-être et l'entraide de l'ensemble des Membres adhérents de droit ou l'aide de certains d'entre eux se trouvant dans des cas de détresse grave par suite d'événements relevant des garanties des Contrats collectifs. Les conditions d'utilisation et les modalités de gestion du fonds social sont précisées dans le règlement intérieur.

Article 10 – Conseil d'administration

10-1 Composition

Les membres du Conseil d'administration (ci-après désigné « Administrateur ») sont élus par l'Assemblée générale.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Le Conseil d'administration se compose au minimum de trois (3) et au maximum de cinq (5) Administrateurs. Les premiers Administrateurs sont désignés par l'Assemblée générale constitutive. Par la suite le Conseil d'administration est renouvelé tous les trois (3) ans, les nouveaux membres étant désignés par le Conseil d'administration en place et soumis à la ratification de l'Assemblée générale suivante. Les membres sortants sont immédiatement rééligibles.

Le Conseil d'administration est composé, pour plus de la moitié, d'Administrateurs ne détenant ou n'ayant détenu, au cours des deux années précédant leur désignation, aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des Contrats collectifs souscrits par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes.

Tout Administrateur venant, en cours de mandat, à détenir un mandat ou à recevoir une rétribution quelconque de la part de l'un des organismes d'assurance signataire d'un Contrat collectif souscrit par l'Association, s'engage à en informer immédiatement le Président par courrier recommandé avec accusé de réception.

Pour le cas où cette déclaration viendrait à faire passer le nombre d'Administrateurs ne détenant ou n'ayant détenu, au cours des deux années précédant leur désignation, aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des Contrats collectifs souscrits par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes, à moins de 51%, l'Administrateur en question perdra automatiquement sa qualité d'Administrateur et il sera procédé à son remplacement conformément au présent article.

En cas de vacance d'un Administrateur par décès, démission ou toute autre cause, et si cela fait baisser le nombre d'Administrateurs en dessous de 3 ou le pourcentage évoqué au paragraphe ci-dessus en dessous de 51%, le Conseil d'administration pourvoit provisoirement au remplacement dudit Administrateur. Le remplacement définitif intervient à la prochaine Assemblée générale. Les mandats des Administrateurs ainsi élus prennent fin à l'époque où devait normalement expirer le mandat des Administrateurs remplacés.

A défaut de ratification, les délibérations et les actes accomplis par le Conseil d'administration depuis la nomination provisoire n'en demeureront pas moins valables.

10-2 Qualité d'administrateur

Un Administrateur peut être une personne physique ou une personne morale. Si l'Administrateur est une personne morale, celle-ci désigne son représentant permanent au Conseil d'administration.

Pour être éligible au Conseil d'administration, toute personne physique ou morale doit être Membre de l'Association et à jour de l'éventuelle cotisation associative, et cette personne physique ou le représentant désignée par cette personne morale, doit être âgé de 18 ans au moins le jour de l'élection.

Toute nouvelle candidature devra être portée à la connaissance du président du Conseil d'administration par courrier recommandé reçu au moins trente jours avant la date de l'Assemblée générale accompagnée :

- De la copie d'une pièce d'identité ;
- D'une attestation sur l'honneur de non-condamnation ou mesures mentionnées aux 1° à 3° du I de l'article L 322-2 du Code des Assurances ;

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

- D'une attestation mentionnant l'existence ou la non-existence à son bénéfice de mandat ou d'éventuelle rétribution provenant de l'un des organismes d'assurance signataire d'une convention d'assurance avec l'Association.

Nul ne peut être membre du Conseil d'administration de l'Association, ni directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer ou gérer à titre quelconque l'Association, ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'Association s'il a fait l'objet d'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 3° du I de l'article L 322-2 du Code des assurances.

10-3 Fin de mandat

Le mandat d'Administrateur prend fin :

- par le décès ;
- par la démission ;
- par la perte de qualité requise au titre de laquelle la nomination est intervenue ;
- par la révocation prononcée par l'assemblée générale, ladite révocation pouvant intervenir sur incident de séance ;
- par l'absence aux réunions du conseil et aux travaux de ce dernier pendant une année (selon les dispositions de l'article 10-4) ;
- par l'arrivée au terme, à l'issue de l'assemblée générale statuant sur les comptes de l'exercice passé, tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat.

10-4 Tenue des réunions et délibérations du conseil

Le Conseil d'administration se réunit, sur convocation du Président, aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige. La convocation pourra être effectuée par tous moyens à sa convenance.

Le Conseil d'administration pourra se tenir en physique, à distance par tout moyen de communication à distance permettant de respecter les règles de vote précisées par les présents Statuts, ou par voie de résolution écrite circularisée auprès de tous les administrateurs.

Les convocations, adressées au minimum 15 jours avant la réunion, par courrier, courriel ou sms, comprennent un ordre du jour prévisionnel. L'ordre du jour définitif est arrêté au moment de l'ouverture de la séance. Seules les questions figurant à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Les délibérations du Conseil d'administration font l'objet d'un procès-verbal consigné, sans blanc ni rature, dans un registre des délibérations et signé par le Président et au moins un des Administrateurs, qui peuvent ensemble ou séparément en délivrer des copies ou des extraits.

Le Conseil d'administration ne délibère valablement que si plus de la moitié des Administrateurs est présente. Les décisions du Conseil d'administration sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante.

Tout Administrateur qui, sans excuse, n'aura pas assisté aux réunions successives du conseil d'administration, pendant une année, pourra être exclu par décision du conseil d'administration, après avoir été mis en mesure de présenter ses observations.

10-5 Pouvoirs du conseil d'administration

Le Conseil d'administration est investi d'une manière générale des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'Association et l'administrer, dans les limites de son objet et, le cas échéant, dans la limite des

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

pouvoirs conférés par l'Assemblée générale. Il peut donner toute délégation de pouvoir au Président ou à un membre du bureau, notamment pour agir en justice.

Notamment, le Conseil d'administration :

- acter le changement de siège social et modifier les statuts en ce sens ;
- met en œuvre les décisions de l'Assemblée générale, organise et anime la vie de l'Association ;
- fixe l'ordre du jour des Assemblées et procède à leur convocation ;
- arrête les comptes et prépare le budget. Il détermine en conséquence le montant de l'éventuel droit d'entrée et/ou de la cotisation associative à verser par les Membres de l'Association ;
- établit un rapport annuel sur la vie de l'Association ainsi que sur le fonctionnement des Contrats collectifs souscrits par elle.

Le conseil d'administration élit chaque année, parmi les Administrateurs, à la majorité des suffrages exprimés, un bureau comprenant : un président, un secrétaire, un trésorier et éventuellement ses adjoints. Les membres du bureau sortant sont rééligibles. Une même personne physique peut cumuler deux fonctions au sein du bureau.

Le Conseil d'administration peut également se faire assister de toutes personnes qu'il jugera utile, adhérentes ou non à l'association.

10-6 Fonctions et pouvoirs du bureau

Les membres du bureau ont la qualité de Membre statutaire. Ils sont spécialement investis des attributions suivantes :

- Le président dirige les travaux du Conseil d'administration et assure le fonctionnement de l'Association. Il la représente en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il peut déléguer ses pouvoirs à un autre Administrateur. En cas d'empêchement, il est suppléé par le secrétaire.
- Le secrétaire est chargé de la correspondance, notamment l'envoi des diverses convocations des organes de l'Association. Il rédige les procès-verbaux des réunions et délibérations et les transcrit sur les registres. Il assure l'exécution des formalités prescrites par la loi.
- Le trésorier est chargé de la gestion du patrimoine propre de l'Association et de la tenue des comptes. Il perçoit les recettes et se charge de l'appel des cotisations associatives. Il effectue, sous le contrôle du président tous paiements. Il crée, signe, accepte, endosse, acquitte tout chèque ou ordre de virement pour le fonctionnement des comptes. Il ne peut aliéner les valeurs constituant les fonds de réserve qu'avec l'autorisation du conseil d'administration. Il rend compte chaque année de sa gestion à l'assemblée générale qui statue sur les comptes.

10-7 Rémunération

Les fonctions d'Administrateurs sont généralement gratuites. Toutefois, un jeton de présence, pour chaque participation à une réunion du Conseil d'administration (physique ou à distance) pourra être versé aux Administrateurs à chaque participation. Les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mandat leur sont remboursés au vu des pièces justificatives. Les membres du bureau y compris le Président peuvent percevoir des indemnités et avantages au titre de leur fonction. Si tel est le cas, ils ne pourront pas recevoir de jetons de présence.

STATUTS
ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Le montant de la rémunération éventuelle des Administrateurs et/ou des membres du bureau est définie par décision du Conseil d'administration dans les limites fixées par l'Assemblée générale.

Le président du Conseil d'administration communique chaque année, par un rapport financier présenté à l'Assemblée générale ordinaire, le montant des paiements d'indemnités, avantages, jetons de présence et remboursements de frais et débours effectués à des Administrateurs. Le rapport doit également présenter les rémunérations versées par les entreprises d'assurances à un ou plusieurs membres du conseil d'administration en liaison avec les Contrats collectifs souscrits.

Article 11 – Assemblées générales

11-1 Convocation

Les Membres de l'Association au jour de la décision de la convocation, en règle du paiement de l'éventuelle cotisation associative, sont réunis au moins une fois par an en assemblée générale ordinaire et en tant que de besoin en assemblée générale extraordinaire.

Les assemblées se réunissent sur convocation du président de l'Association.

Les convocations aux assemblées générales ordinaires et extraordinaires doivent être adressées au moins trente (30) jours avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée.

Des Assemblées générales extraordinaires peuvent en outre être convoquées à la demande d'au moins un dixième (10%) des Membres. Dans ce cas, les convocations à l'Assemblée générale extraordinaire doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande.

La convocation est nominative. Elle est valablement faite au choix du Conseil d'administration par lettre simple, courrier électronique ou autre moyen de communication à distance.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévus et fixés par les soins du Conseil d'administration ainsi que les éventuelles propositions de résolution présentées par le conseil d'administration et celles communiquées dans les délais présentés ci-après.

Sont portées à l'ordre du jour les propositions de résolution signées par au moins un dixième (10%) des Membres, ou à défaut cent (100) d'entre eux si le dixième (10%) des Membres est supérieur à cent (100), dès lors qu'elles ont été communiquées par courrier recommandé au président du conseil d'administration soixante (60) jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'assemblée.

Seules seront valables les résolutions prises par l'Assemblée générale sur les points inscrits à son ordre du jour.

11-2 Droit de vote

Tout Membre de l'Association dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'assemblée générale, à l'exclusion des Membres d'honneur. Ce droit de vote peut être exercé par correspondance ou de façon électronique.

Chaque Membre adhérent de droit « Particulier », ne peut être représenté que par un autre Membre adhérent de droit « Particulier ». Les Membres adhérents de droit « Entreprise » ne peuvent être représentés que par leur représentant légal.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

Chaque Membre a la faculté de donner mandat à un autre Membre ou à son conjoint. Un même Membre ne peut disposer de plus de cinq (5) votes, dans la limite de cinq pour cent (5%) des droits de vote. Le mandat donné vaut pour une seule assemblée générale ou deux si, lors de la première convocation, le quorum n'est pas atteint ou si deux assemblées – ordinaire et extraordinaire – se tiennent le même jour.

Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au président et donnent lieu à un vote en faveur de l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le conseil d'administration.

11-3 Tenue des assemblées

La présidence de l'Assemblée générale appartient au président du Conseil d'administration qui peut déléguer ses fonctions à un autre Administrateur.

L'Assemblée générale ordinaire ou extraordinaire ne peut valablement délibérer que si au moins un trentième (1/30) des Membres, ou à défaut mille (1000) d'entre eux sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de Membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Les Assemblées générales ordinaires ou extraordinaires pourront se tenir en physique ou à distance par tout moyen de communication à distance permettant de respecter les règles de vote précisées par les présents statuts.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le président et le secrétaire. Les procès-verbaux peuvent être consultés au siège de l'Association.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par chaque Membre présent et certifiée conforme par le président et le secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui sont conférés à l'assemblée générale par les présents statuts, les décisions d'assemblée générale s'imposent à tous les Membres, en ce compris les absents, ceux qui se sont abstenus et ceux qui ont votés contre.

11-4 Prérogatives de l'Assemblée générale ordinaire

Au moins une fois par an, les Membres sont convoqués en Assemblée générale ordinaire dans les conditions prévues précédemment.

L'Assemblée générale entend :

- le rapport sur la gestion établi par le conseil d'administration portant notamment sur le fonctionnement des conventions d'assurance souscrites par l'association. Ce rapport est tenu à la disposition des adhérents qui en font la demande ;
- les rapports du commissaire aux comptes, dans le cas où l'Association en a désigné un ;
- le rapport « moral » de gestion du conseil d'administration exposant la situation de l'association et son activité au cours de l'exercice écoulé ;
- le rapport financier établi par le trésorier.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.
Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

L'Assemblée générale, après avoir délibéré et statué sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos (année civile), définit les principales orientations à venir en se prononçant sur le budget correspondant et délibère sur toutes les autres questions qui figurent à l'ordre du jour, exception faite de la révocation de membres du Conseil d'administration pouvant intervenir sur incident de séance.

Elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'administration dans les conditions prévues à l'article 10 des présents statuts.

Elle autorise la conclusion de tous les actes excédant les pouvoirs conférés au Conseil d'administration.

Conformément aux dispositions de l'article R141-6 du code des Assurances, elle autorise également la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le conseil d'administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Les décisions de l'Assemblée générale ordinaire sont adoptées à la majorité des votes exprimés.

Toutes les délibérations sont prises à main levée ou par correspondance.

Pour l'élection des membres du Conseil d'administration, le vote secret est obligatoire.

11-5 Prérogatives de l'assemblée générale extraordinaire

L'Assemblée générale extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence : les modifications à apporter aux statuts (sauf en ce qui concerne la modification du siège social qui relève de la compétence du Conseil d'administration), les opérations de fusion ou de dissolution.

Elle est convoquée dans les conditions définies précédemment.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des Membres présents ou représentés.

Les votes ont lieu à main levée ou par correspondance.

Article 12 – Comptes de l'Association

12-1 Exercice social

L'exercice social commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

Exceptionnellement le premier exercice débute le jour de la publication d'un extrait de la déclaration de l'Association au Journal Officiel pour finir le 31 décembre 2021.

12-2 Comptabilité – comptes sociaux

Il est tenu une comptabilité régulière des activités et opérations de l'Association.

Le trésorier établit ou fait établir sous sa responsabilité, chaque année, un bilan et un compte de résultat et tout autre document nécessaire.

STATUTS

ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

Association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Siège social : 33, rue de la République – 69002 LYON

12-3 Commissaire aux comptes

Le Conseil d'administration peut proposer à l'Assemblée générale, par choix ou pour se conformer aux exigences légales, la nomination d'un commissaire aux comptes titulaire et d'un commissaire aux comptes suppléant.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission de contrôle dans les conditions prévues par la loi et les normes professionnelles.

Article 13 – Règlement intérieur

Le bureau ou le Conseil d'administration peuvent établir un ou plusieurs règlements intérieurs, avec l'objectif de préciser et compléter les règles de fonctionnement de l'Association.

Ces règlements intérieurs s'imposent aux Membres présents et futurs de l'Association au même titre que les règles statutaires.

Article 14 – Dissolution, liquidation

La dissolution de l'Association, sa fusion ou son union avec un autre organisme, ne peuvent être décidées, sur proposition du conseil d'administration, que par une assemblée générale extraordinaire, selon les conditions prévues ci-dessus. L'assemblée générale extraordinaire désigne un ou plusieurs liquidateurs, qui jouiront des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif.

Conformément à l'article L141-6 du code des assurances, en cas de liquidation ou de dissolution de l'association, les adhésions en cours au jour de la dissolution ou de la liquidation, se poursuivront de plein droit entre les organismes assureurs et les personnes antérieurement adhérentes au contrat.

Article 15 – Attribution de compétence

Les membres de l'association font attribution de compétence au Tribunal de Grande Instance de Lyon (69003) pour régler les litiges pouvant survenir entre eux.

Article 16 – Déclaration et publication

Le Conseil d'administration remplira les formalités de déclaration et de publication prescrites par la loi.

Tous pouvoirs sont conférés à cet effet au porteur d'un original des présentes.

LE TRAITEMENT DE VOS DONNEES PAR L'ASSOCIATION DES ASSURES DE ZENIOO

En tant que Responsable de traitement, l'Association des Assurés de Zenioo collecte des données sur les Adhérents et les bénéficiaires de ses aides, à des fins de réalisation de son objet social et notamment :

- l'étude de la demande d'aide ;
- la collecte de la Cotisation associative ;
- la réalisation d'études statistiques et actuarielles. Ce traitement est réalisé dans l'intérêt de l'Association, afin d'améliorer son fonctionnement.

Ces données sont collectées directement auprès de l'Adhérent ou de son courtier en assurance.

Les données sont conservées pendant toute la durée pendant laquelle l'Adhérent bénéficie de la qualité de membre de l'Association des Assurés de Zenioo puis, pendant la durée de prescription légale applicable.

Au sein de l'Association des Assurés de Zenioo, seules les personnes ayant besoin de connaître ces données dans le cadre de leurs missions y ont accès.

Les données peuvent également être transmises aux délégataires de l'Association des Assurés de Zenioo, aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur.

Les données sont traitées sur le territoire de l'Union Européenne. Elles peuvent toutefois faire l'objet, sous contrôle, de transferts hors de ce territoire. Ces règles peuvent être transmises sur demande à l'Association.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement européen (UE) n°2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, tout Adhérent dispose d'un droit d'accès, de portabilité (dans les cas prévus par la loi uniquement), de rectification, de limitation (dans les cas prévus par la loi uniquement), d'opposition et de suppression (uniquement des données inexacts, incomplètes, équivoques, périmées ou dont le traitement est illicite) concernant les informations qui le concerne ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et à la communication de ces données après son décès.

L'Adhérent peut exercer ses droits en adressant un courrier à l'adresse suivante : Association des assurés Zenioo – 33 rue de la République, 69002 Lyon. Une copie de la pièce d'identité (recto-verso) du demandeur devra être transmise lors de la demande.

L'Adhérent ou le bénéficiaire dispose également de la faculté d'introduire une réclamation relative au traitement de ses données personnelles :

- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ;
- Par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.



**CONDITIONS GENERALES
DES GARANTIES D'ASSISTANCE
VALANT NOTICE D'INFORMATION
CONTRAT COLLECTIF n°SWISS2201/FIC21SAN0075
ZENIOO**

I.	CADRE DES GARANTIES.....	3
A.	COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?	3
B.	QUI PEUT BENEFICIER DES GARANTIES ?	3
C.	OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?	3
D.	QUELLE EST LA PERIODE DES GARANTIES ?	3
II.	GENERALITES.....	4
A.	DEFINITIONS.....	4
B.	MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS.....	5
1.	DELIVRANCE DES PRESTATIONS	5
2.	REGLEMENT DES PRESTATIONS	5
3.	CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL	5
4.	CONDITIONS SPECIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS.....	5
5.	CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES TITRES DE TRANSPORT.....	6
6.	AVANCE DE FRAIS.....	6
C.	EXCLUSIONS	6
1.	EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES	6
2.	EXCLUSIONS TERRITORIALES	7
D.	SUBROGATION	8
E.	INFORMATIQUE ET LIBERTES	8
F.	RESPONSABILITE	8
G.	AUTORITE DE CONTROLE	9
H.	RECLAMATIONS.....	9
I.	PRESCRIPTION	9
J.	FAUSSE DECLARATION.....	11
K.	LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE	11
III.	DETAIL DES PRESTATIONS GARANTIES	11
A.	ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE	11
1.	PRESTATIONS ACCESSIBLES AU BENEFICIAIRE DES L'ADHESION	11
2.	PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ABSENCE OU D'INDISPONIBILITE DU MEDECIN TRAITANT DU BENEFICIAIRE	12
3.	PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT DU BENEFICIAIRE AU DOMICILE.....	12
4.	PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS D'UN BENEFICIAIRE	12
5.	PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES DU BENEFICIAIRE.....	13
6.	PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS OU D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES D'UN BENEFICIAIRE	13
7.	PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ATTEINTE CORPORELLE GRAVE.....	14
8.	PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT DE CHIMIOTHERAPIE SUIVI PAR UN BENEFICIAIRE.....	15
9.	PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE.....	15
10.	ASSISTANCE AU QUOTIDIEN.....	17
11.	ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE DEPENDANCE D'UN PROCHE PARENT : « L'AIDE AUX AIDANTS »	21
B.	ASSISTANCE EN CAS DE VOYAGE ET DEPLACEMENT EN FRANCE OU A L'ETRANGER	25
1.	RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE DU BENEFICIAIRE MALADE OU BLESSE.....	26
2.	IMMOBILISATION A L'HOTEL.....	26
3.	MISE A DISPOSITION D'UN BILLET POUR ACCOMPAGNER LE BENEFICIAIRE LORS DE SON RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE	26
4.	RAPATRIEMENT DES MEMBRES DE LA FAMILLE	26
5.	RETOUR EN CAS DE DECES D'UN PROCHE PARENT	26
6.	RETOUR EN CAS D'ACCIDENT D'UN PROCHE PARENT	26
7.	PRESENCE AUPRES DU BENEFICIAIRE.....	26
8.	RAPATRIEMENT DU CORPS	27
9.	ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 15 ANS OU HANDICAPES MINEURS	27
10.	RAPATRIEMENT DES ANIMAUX DE COMPAGNIE (A L'ETRANGER UNIQUEMENT).....	27
11.	IMPOSSIBILITE DE CONDUIRE.....	27
12.	AVANCE DES FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER UNIQUEMENT	27
13.	REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DES FRAIS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PHARMACEUTIQUES, D'HOSPITALISATION A L'ETRANGER UNIQUEMENT	28
14.	ENVOI DES MEDICAMENTS INTROUVABLES SUR PLACE	28
15.	TRANSMISSION DES MESSAGES.....	28
16.	ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER UNIQUEMENT	28
C.	PROTECTION JURIDIQUE.....	29
1.	LITIGES.....	29
2.	MONTANTS GARANTIS	29
3.	DEFINITIONS	29
4.	MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE.....	30
5.	DECLARATION	31
6.	GESTION DU DOSSIER.....	31
7.	CHOIX DE L'AVOCAT	31
8.	DIRECTION DU PROCES	31
9.	REMBOURSEMENT DES FRAIS ET HONORAIRES.....	32
10.	RESOLUTION DE CONFLITS	32
11.	EXCLUSIONS	32
12.	PAIEMENT DES INDEMNITES	33
13.	CONFLIT D'INTERET.....	33
D.	TABLEAU SYNOPTIQUE DES PRESTATIONS GARANTIES	34

SWISSLIFE PREVOYANCE ET SANTE, société anonyme au capital de 150 000 000 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n°322 215 021, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 7, rue Belgrand, 92300 LEVALLOIS-PERRET, a souscrit le contrat collectif n°SWISS2201/FIC21SAN0075 au profit de ses Assurés, bénéficiant des contrats d'assurance individuels santé à adhésion facultative n° A7052 0001 (Madelin), n° A7052 0002 (Non Madelin), n° A7052 0003 (Formule Hospi), n° A7052 0004 (renfort Honoraires +), et auprès de FILASSISTANCE, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance, telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL (ci-après dénommée « FILASSISTANCE »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

La garantie d'assurance protection juridique est assurée par FILASSISTANCE et gérée par le G.I.E CIVIS, 90 avenue de Flandre, 75019 Paris, immatriculé au RCS de PARIS, sous le n° 323 267 740.

I. CADRE DES GARANTIES

A. COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone	09 77 40 84 95 (depuis la France) + 33 9 77 40 84 95 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Courriel	assistance.personnes@filassistance.fr

B. QUI PEUT BENEFICIER DES GARANTIES ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Assuré, son Conjoint, ainsi que toute personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

Les Bénéficiaires doivent résider en France telle que définie ci-dessous.

C. OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

A l'exception des garanties décrites à l'article B. « ASSISTANCE EN CAS DE VOYAGE ET DEPLACEMENT EN FRANCE OU A L'ETRANGER » qui s'appliquent en France et/ou à l'Etranger, les garanties d'assistance fournies par FILASSISTANCE au titre des présentes conditions générales valant Notice d'information, s'appliquent en France telle que définie ci-dessous.

Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Assuré, telle que définie ci-dessous.

D. QUELLE EST LA PERIODE DES GARANTIES ?

Les garanties définies dans la présente Notice suivent le sort du contrat d'assurance santé auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile, avenant, suspension, résiliation, etc.).

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Evènement à l'origine de la demande d'assistance survient durant la période de validité du présent Contrat.

Toutefois, le droit à garantie auprès de FILASSISTANCE cesse pour chaque Assuré :

- En cas de cessation de l'adhésion aux contrats d'assurance individuels santé à adhésion facultative n° A7052 0001 (Madelin), n° A7052 0002 (Non Madelin), n° A7052 0003 (Formule Hospi), n° A7052 0004 (renfort Honoraires +), de SWISSLIFE PREVOYANCE ET SANTE ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° SWISS2201/FIC21SAN0075.

II. GENERALITES

A. DEFINITIONS

Accident : Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Actes de la vie quotidienne : Se lever/ se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son Domicile.

AGGIR : Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

Aidant : L'Assuré ou son Conjoint qui assiste un Proche parent aidé en état de Dépendance. L'Aidant apporte une aide quotidienne à son Proche parent aidé pour les Actes de la vie quotidienne.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

Animaux de compagnie : Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.

Assuré : Toute personne physique, ayant souscrit le contrat d'assurance individuel santé adhésion facultative n° A7052 0001 (Madelin), n° A7052 0002 (Non Madelin), n° A7052 0003 (Formule Hospi), n° A7052 0004 (renfort Honoraires +), auprès de SWISSLIFE PREVOYANCE ET SANTE, adhérant au Contrat collectif d'assistance n° SWISS2201/FIC21SAN0075.

Atteinte corporelle grave : Maladie ou Accident causant une dégradation significative de l'état de santé du Bénéficiaire et nécessitant un traitement médical urgent et/ou long.

Bénéficiaire : Toute personne désignée à l'article 2 du paragraphe A, ci-avant.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Assuré, non séparé de corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Assuré.

Contrat : le Contrat collectif d'assistance n° SWISS2201/FIC21SAN0075.

Dépendance : Etat de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 4 de la grille AGGIR.

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Assuré, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Équipe médicale : Médecin de FILASSISTANCE.

Équipe médico-psycho-sociale : Médecins de FILASSISTANCE, psychologues, assistantes sociales ou conseillers en économie sociale et familiale de FILASSISTANCE.

Équipe médico-sociale : Médecins de FILASSISTANCE, assistantes sociales ou conseillers en économie sociale et familiale de FILASSISTANCE.

Étranger : Tout pays situé hors de France, à l'exclusion des pays formellement déconseillés par le ministère des affaires étrangères français dont la liste est accessible sur le site : <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/>.

Évènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE.

France : France métropolitaine.

Franchise : Part des frais qui reste définitivement à la charge du Bénéficiaire.

Handicap : Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Hospitalisation : Sauf stipulation contraire, tout séjour d'une durée supérieure à 48 heures, dans le but de recevoir des soins à la suite d'un Accident ou d'une Maladie.

L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité(e) à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

Hospitalisation imprévue : Toute Hospitalisation dont la survenance n'était pas connue dans les 7 jours avant son déclenchement.

Immobilisation : Toute immobilisation temporaire au Domicile supérieure à 5 jours consécutifs, médicalement prescrite, et consécutive à un Accident ou une Maladie.

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

Proche parent : Les ascendants et descendants du 1er degré et/ou le Conjoint de l'Assuré tel que défini ci-dessus.

Proche parent aidé : Les ascendants et descendants du 1er degré et/ou le Conjoint en état de Dépendance de l'Assuré tel que défini ci-dessus.

Titre de transport : Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.

Zone de résidence : Zone couvrant la France métropolitaine.

B. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

1. DELIVRANCE DES PRESTATIONS

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (hors jours fériés). En cas de rapatriement sanitaire ou de corps prévu par les garanties d'assistance, FILASSISTANCE met en œuvre cette prestation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat SWISS2201/FIC21SAN0075. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de FILASSISTANCE.

À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie, excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

2. REGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de FILASSISTANCE, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que FILASSISTANCE jugerait utile.

Le règlement des prestations interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par FILASSISTANCE, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

3. CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'Equipe médicale de FILASSISTANCE, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

Afin de permettre à l'Equipe médicale de FILASSISTANCE de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées sous pli confidentiel à l'attention du service médical de FILASSISTANCE.

4. CONDITIONS SPECIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés) sur simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un délai maximal de 72 heures.

La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),
- Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter l'Assuré et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical). De plus, en cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

Les prestations d'information juridique dispensées par FILASSISTANCE ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.

La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

5. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES TITRES DE TRANSPORT

En cas de transfert sanitaire ou de transport organisé et pris en charge par FILASSISTANCE, le Bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

A défaut de modification ou d'échange, le Bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à verser les sommes correspondantes à FILASSISTANCE, et ce dans les 90 jours de son retour.

Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le Bénéficiaire pour son retour seront pris en charge par FILASSISTANCE.

6. AVANCE DE FRAIS

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, FILASSISTANCE peut verser au Bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

a) CONDITIONS PREALABLES AU VERSEMENT DE L'AVANCE PAR FILASSISTANCE

À titre de garantie de remboursement par le Bénéficiaire de l'avance consentie, FILASSISTANCE adressera un certificat d'engagement au Bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à FILASSISTANCE. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par FILASSISTANCE.

Le Bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à FILASSISTANCE un chèque certifié ou un chèque de banque.

b) DELAI DE REMBOURSEMENT DE L'AVANCE A FILASSISTANCE

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser à FILASSISTANCE la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

c) SANCTIONS

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et FILASSISTANCE pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

C. EXCLUSIONS

1. EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Assuré ou le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

FILASSISTANCE ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais de transport primaire engagés.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de FILASSISTANCE les conséquences :

- Des frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ;
- Des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- Du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire.

FILASSISTANCE ne garantit pas les événements suivants et leurs conséquences :

- Les Hospitalisations ou Immobilisations répétitives pour une même cause ;
- Les Hospitalisations de long séjour ;
- Les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- Les maladies chroniques, les maladies ou des troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxiodépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;
- Toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique) ;
- Les affections bénignes ne justifiant pas une Immobilisation au Domicile ;
- Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ;
- Les conséquences d'un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique tel que visé à l'article R.234-1, I-1° du Code de la route ;
- Les conséquences d'un conflit armé (guerre étrangère ou civile), d'une émeute ;
- Les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme ou de sabotage, un crime un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- Les Accidents et décès survenus du fait de la participation du Bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires.

2. EXCLUSIONS TERRITORIALES

Les garanties ne peuvent jamais trouver à s'appliquer, sauf dispositions dérogatoires expresses :

- Dans un pays en guerre que celle-ci soit internationale ou civile ;
- Dans un pays sur le territoire duquel a lieu quelque émeute, soulèvement de population, manifestation ou plus généralement tout événement que ce soit dont l'ampleur rend manifestement la mise en œuvre de la prestation ou garantie impossible ;

Par ailleurs, toute délivrance de prestation ou de garantie prévue au Contrat devant être effectuée :

- Dans un pays répertorié sur l'une des listes officielles mises à disposition par la Direction Générale du Trésor et librement consultables sur le site internet officiel de cette dernière accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>,
- Dans un pays répertorié sur l'une des listes officielles mises à disposition par le Groupe d'Action Financière (GAFI) et librement consultables sur le site internet officiel de ce dernier et accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : <https://www.fatf-gafi.org/fr/pays/>, et plus généralement,
- Dans un pays faisant l'objet d'une sanction internationale ou dans lequel la délivrance en tout ou partie de la garantie par l'assureur contreviendrait à la réglementation Européenne et Internationale applicables, sera réalisée dans le cadre des dispositions et restrictions spécifiques prévues aux termes de l'une ou l'autre des listes précitées.

L'Assuré reconnaît que la réglementation Européenne et Internationale définissant les interdictions et/ou restrictions d'activité commerciale, financière ou bien encore assurancielle dans certains pays ou zones géographiques de la planète, dont les listes officielles telles que notamment celles mises à disposition par la DGT et le GAFI découlent directement, sont susceptibles d'évoluer à tout moment et ainsi entraîner des modifications du périmètre et/ou de la portée des mesures de restriction et/ou d'interdiction prévues aux termes de ces dernières ou, le cas échéant, de toute autre liste officielle s'y ajoutant ou s'y substituant.

A ce titre, en cas de désaccord entre les parties sur l'interdiction faite à FILASSISTANCE de délivrer sa garantie, celles-ci devront se référer à la ou les liste(s) officielle(s) dans leur version en vigueur au regard de la réglementation applicable à la date de survenance du sinistre litigieux.

Dans le cadre de toute opération de virement à l'international ordonnée par FILASSISTANCE, il est entendu entre les parties que la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être recherchée dans l'hypothèse où l'établissement bancaire émetteur auquel FILASSISTANCE s'est adressé refuserait de procéder à l'opération de virement au motif que celle-ci serait contraire à la réglementation Européenne ou Internationale applicable en général ou plus particulièrement incompatible avec l'une de ses politiques internes.

D. SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, FILASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions de l'Assuré contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Assuré doit informer FILASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

E. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Assuré est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par FILASSISTANCE et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès de l'Assuré, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de FILASSISTANCE, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Les informations personnelles de l'Assuré pourront éventuellement faire l'objet de transferts vers des prestataires ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne pour l'exécution des prestations d'assistance.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, FILASSISTANCE, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Assuré des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données de l'Assuré seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 Décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

L'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

L'Assuré dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions réglementaires, l'Assuré peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

L'Assuré peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

L'Assuré peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

L'Assuré pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, l'Assuré a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

F. RESPONSABILITE

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente Notice. A ce titre, FILASSISTANCE est tenue d'une obligation de moyens dans la réalisation des prestations d'assistance garanties et il appartiendra à l'Assuré, de prouver la défaillance de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis de l'Assuré, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, FILASSISTANCE sera responsable des dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard de l'Assuré, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de FILASSISTANCE et un préjudice de l'Assuré.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil ainsi que par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

G. AUTORITE DE CONTROLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.n

H. RECLAMATIONS

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour l'Assuré ou le Bénéficiaire, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps :

- Auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- Par courrier à l'adresse suivante : FILASSISTANCE - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- Par mail à qualite@filassistance.fr,
- Sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée à l'Assuré dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont l'Assuré sera informé.

Si le désaccord persiste, l'Assuré ou le Bénéficiaire pourra soit saisir les tribunaux compétents, soit saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance en adressant sa demande :

- Par courrier à l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- Sur le site internet www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Assuré ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

I. PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

- Délai de prescription

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 ;
- 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'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

- Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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.

- Caractère d'ordre public de la prescription

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.

- Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

- Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

- Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

- Etendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

- Causes de report et de suspension de la prescription

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

- Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

J. FAUSSE DECLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.

Les primes payées demeurent alors acquises à FILASSISTANCE, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

K. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

La présente Notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente Notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Assuré.

III. DETAIL DES PRESTATIONS GARANTIES

Les prestations d'assistance qui suivent seront octroyées sous les conditions et dans les limites prévues par le synoptique des garanties.

En cas de difficulté d'interprétation, il convient de faire prévaloir la rédaction des garanties détaillées ci-après.

En cas d'Accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

A. ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

1. PRESTATIONS ACCESSIBLES AU BENEFICIAIRE DES L'ADHESION

a) INFORMATIONS SANTE D'ORDRE GENERAL

INFO SANTE est un service d'informations générales animé par les médecins de FILASSISTANCE et destiné à répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

- La santé,
- Les vaccinations,

- La mise en forme,
- La diététique.

b) INFORMATIONS SPECIFIQUES A UNE PATHOLOGIE

INFO SANTE est aussi un service d'informations sur les pathologies (Parkinson, Alzheimer, SIDA, allergies, etc.) animé par les médecins de FILASSISTANCE et destiné à répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

- Traitements et conséquences,
- Evolution de la maladie,
- Risque de transmission génétique, risque de contagion pour l'entourage.

2. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ABSENCE OU D'INDISPONIBILITE DU MEDECIN TRAITANT DU BENEFICIAIRE

TELECONSULTATION

Le Bénéficiaire majeur ou le titulaire de l'autorité parentale du Bénéficiaire mineur peut contacter FILASSISTANCE afin de bénéficier d'une téléconsultation délivrée par des médecins généralistes ou spécialistes.

Toute téléconsultation pour un majeur sous tutelle devra être effectuée par le tuteur.

La téléconsultation est dispensée dans le respect des dispositions du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 sur la télémédecine et des dispositions légales concernant le secret médical.

Les ordonnances délivrées dans le cadre de la téléconsultation seront rédigées exclusivement en français et seront valables uniquement au sein de l'Union Européenne.

Lors du premier appel du Bénéficiaire auprès de FILASSISTANCE, un lien vers une plateforme lui sera communiqué. Afin de bénéficier de la téléconsultation, le Bénéficiaire devra s'y inscrire et y déposer sa carte d'identité.

Le Bénéficiaire pourra ensuite formuler sa demande de téléconsultation sur la plateforme.

A l'issue de la téléconsultation, le médecin apportera au Bénéficiaire une réponse médicale adaptée à sa situation. Cette réponse, rendue par écrit, téléphone ou visioconférence, prendra l'une des formes suivantes :

- Un conseil, un diagnostic, un avis complémentaire,
- Une orientation vers le médecin traitant,
- Une orientation vers un spécialiste,
- Une ordonnance.

Le médecin, inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins, délivrant la téléconsultation est seul décisionnaire de la suite à y donner.

Dans le cas où il identifierait une urgence médicale, le Bénéficiaire sera réorienté vers les services d'urgence.

Le service de téléconsultation médicale ne pourra pas délivrer d'arrêts de travail, de certificats médicaux, de renouvellements d'ordonnance d'une durée supérieure à 1 mois, d'ordonnances de kinésithérapie et pour des semelles orthopédiques.

L'accès à cette prestation est illimité et son coût est pris en charge par FILASSISTANCE.

3. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT DU BENEFICIAIRE AU DOMICILE

TRANSFERT A L'HOPITAL ET RETOUR AU DOMICILE

FILASSISTANCE prend en charge, sur prescription médicale du médecin traitant du Bénéficiaire, un aller/retour maximum par Evènement, en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, du Domicile jusqu'au lieu de son Hospitalisation.

Les frais de transport liés au transfert du Bénéficiaire, sont pris en charge par FILASSISTANCE en complément des remboursements réalisés par la Sécurité Sociale et les organismes de protection sociale complémentaire (mutuelle, assureur ou institution de prévoyance santé).

4. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS D'UN BENEFICIAIRE

a) ACHEMINEMENT DES MEDICAMENTS

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'acheminement de médicaments au Domicile du Bénéficiaire, si celui-ci est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé.

Le coût du ou des médicaments sera pris en charge financièrement par le Bénéficiaire.

b) ENVOI D'UN MEDECIN

FILASSISTANCE apporte son aide, en l'absence du médecin traitant, pour trouver un médecin de garde, sur le lieu de Domicile du Bénéficiaire.

En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible.

Les frais de visite ou autres restent à la charge du Bénéficiaire.

5. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES DU BENEFICIAIRE

a) PLAN D'AIDE A LA CONVALESCENCE

Pendant l'Hospitalisation ou lors du retour à Domicile du Bénéficiaire, l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE réalise un entretien téléphonique avec le Bénéficiaire ou sa famille afin d'évaluer notamment sa situation médico-psycho-sociale et d'établir conjointement un plan d'aide à la convalescence.

Ce plan a pour objectif de faciliter la vie de la famille pendant et après l'Hospitalisation et aborde différents domaines :

- Les besoins en services à Domicile

FILASSISTANCE fait un bilan sur les services déjà en cours, fréquences et heures d'intervention et établit quels sont les services complémentaires qui faciliteraient la vie quotidienne du Bénéficiaire et de sa famille.

- Les droits et les démarches

FILASSISTANCE aide le Bénéficiaire dans ses démarches administratives et l'accompagne sur un plan administratif, juridique et social, dans la constitution de dossiers et la recherche de financements (aides financières publiques, etc...).

- Les aides techniques

FILASSISTANCE peut informer le Bénéficiaire sur les aides techniques éventuelles pouvant favoriser sa convalescence le cas échéant.

FILASSISTANCE peut mettre en relation le Bénéficiaire avec des distributeurs de matériels médicaux pouvant délivrer ces aides.

b) GARDE OU TRANSFERT DES PETITS-ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS

Si personne ne peut s'occuper des petits enfants âgés de moins de 16 ans du Bénéficiaire restés seuls au Domicile sans surveillance d'un adulte, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et ne pourra dépasser 10 heures par jour maximum pendant 2 jours dans la limite de 150 € TTC par Evènement ;
- OU le transfert accompagné des petits-enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition un Titre de transport ;
- OU la venue d'un proche, habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à sa disposition un Titre de transport ;
- OU l'accompagnement des petits-enfants à l'école dans la limite de 10 aller/retour maximum à concurrence de 500 € TTC maximum pour l'ensemble des petits-enfants et dans un rayon de 25 Km maximum du Domicile du Bénéficiaire.

c) GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS

Si personne ne peut s'occuper des ascendants du Bénéficiaire vivant habituellement au Domicile et restés seuls, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et ne pourra dépasser 10 heures par jour maximum pendant 2 jours dans la limite de 150 € TTC par Evènement ;
- OU le transfert de ces personnes, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire en mettant à leur disposition un Titre de transport ;
- OU la venue d'un proche, habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à sa disposition un Titre de transport.

6. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS OU D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES D'UN BENEFICIAIRE

a) AIDE A DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à FILASSISTANCE sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.
 - La durée de mise en œuvre de cette garantie et le nombre d'heures attribuées sont déterminés en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par le service médical de FILASSISTANCE.
- Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 30 heures par Evènement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le début de l'Hospitalisation ou la date de fin d'Hospitalisation ou pendant la période d'Immobilisation du Bénéficiaire.

b) ORGANISATION DE SOINS A DOMICILE

A la demande du Bénéficiaire et sous réserve que les soins soient prescrits par un médecin, FILASSISTANCE organise la mise en place d'un service de soins à Domicile (infirmière, auxiliaire de vie). Le coût de ce service reste à la charge du Bénéficiaire.

c) VOYAGE ET HEBERGEMENT D'UN PROCHE

Lors de l'Hospitalisation ou d'Immobilisation du Bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la même Zone de résidence que celle du Bénéficiaire, en mettant à sa disposition un Titre de transport, afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 2 nuits maximum (petit déjeuner compris) et dans la limite de 160 € TTC par Evènement.

7. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ATTEINTE CORPORELLE GRAVE

a) INFORMATION RELATIVES A LA MALADIE ET AU HANDICAP

FILASSISTANCE recherche et communique au Bénéficiaire les renseignements d'ordre privé qui lui sont nécessaires dans les domaines mentionnés ci-après.

- Différentes possibilités de couverture et prises en charges en matière d'assurance maladie,
- Invalidité,
- Handicap,
- Associations, groupe de parole.

b) INFORMATIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DU HANDICAP

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, etc., renseigne et accompagne le Bénéficiaire et ses proches dans les domaines suivants :

- Sensibilisation du Bénéficiaire et des proches sur les démarches à suivre,
- Conseils sur l'appréhension du Handicap ou de la Maladie,
- Conseil sur la gestion du stress et la survenance de celui-ci,
- Aide dans la prise de conscience de l'état de santé,
- Informations sur les associations, groupes de parole.

c) ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée (3 entretiens téléphoniques maximum par Evènement) et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Les frais de consultations des professionnels assurant la prise en charge psychologique sont à la charge de la famille du Bénéficiaire.

d) ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

L'Equipe médico-sociale de FILASSISTANCE est à l'écoute du Bénéficiaire pour réaliser un bilan de sa situation individuelle et l'informer sur les aides dont il peut bénéficier. Celle-ci peut également l'assister, s'il le souhaite, dans ses démarches auprès des organismes appropriés et les demandes d'allocations spécifiques.

e) AIDE A LA RECHERCHE ET MISE EN RELATION AVEC DES PRESTATAIRES DE SANTE, DE SERVICES D'AIDE A DOMICILE, D'ASSOCIATIONS

FILASSISTANCE propose l'organisation et la coordination de services au quotidien.

FILASSISTANCE recherche et met en relation le Bénéficiaire avec le prestataire qui pourra l'aider dans la vie courante pour :

- Le transport/accompagnement (ex : visite chez le médecin, à l'hôpital, chez le coiffeur, à la Poste ou à la banque, chez le vétérinaire, au supermarché, à la gare, à l'aéroport, etc.) ;
- La livraison de courses ;
- Le portage de repas à domicile, service de linge, coiffeur, pédicure, kinésithérapeute à Domicile ;

- La présence d'une dame de compagnie : personne venant faire la lecture, jouer aux cartes, discuter, aider à classer ou remplir des documents ;
- Les petits dépannages (ex : serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie, etc.) ;
- Le petit bricolage (ex : changer les fusibles, ampoules électriques, etc.) ;
- Le petit jardinage (ex : tondre la pelouse, couper une haie, etc.) ;
- Les soins à Domicile.

Les frais de transport, la réalisation des courses, les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il y a lieu, main d'œuvre et déplacement) sont à la charge du Bénéficiaire.

f) ACCOMPAGNEMENT DANS LES DEPLACEMENTS

FILASSISTANCE recherche pour le Bénéficiaire des services d'aide au déplacement pour se rendre dans des lieux publics tels que la banque, la Poste, un établissement de soins, un cabinet médical, etc.

FILASSISTANCE organise et prend en charge, le cas échéant, la venue d'un accompagnateur (accompagnement véhiculé ou au bras) dans la limite de 150 € TTC par année civile.

g) MISE EN RELATION AVEC LES CORPS DE METIER EN CHARGE DE L'AMENAGEMENT DU LOGEMENT OU DU VEHICULE

FILASSISTANCE :

- Recherche des entreprises pour faire établir des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement ou du véhicule et met en relation le Bénéficiaire avec ces entreprises s'il le souhaite,
- Donne des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé.

En aucun cas FILASSISTANCE ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qui pourraient être effectués.

Le choix final des prestataires est du ressort du Bénéficiaire, FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la qualité et des délais des travaux d'adaptation du logement.

h) ACCOMPAGNEMENT BUDGETAIRE ET SOCIAL

Le Bénéficiaire ou l'un de ses proches peut contacter FILASSISTANCE pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- Une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de FILASSISTANCE,
- Une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie du Bénéficiaire,
- Une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé.

8. PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT DE CHIMIOTHERAPIE SUIVI PAR UN BENEFICIAIRE

a) ORIENTATION VERS DES PRESTATAIRES SPECIALISES

FILASSISTANCE oriente le Bénéficiaire vers des prestataires dédiés adaptés tels que :

- Aide à la toilette,
- Fournisseur de perruques,
- Coiffeur à domicile,
- Esthéticienne,
- Coach sportif.

9. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

a) ASSISTANCE INFORMATION OBSEQUES

FILASSISTANCE met à disposition de la famille du Bénéficiaire, un service d'informations pour toute question relative aux démarches et formalités administratives, informations pratiques (notamment coût et disponibilité des concessions dans les cimetières, les modes de sépultures, le don d'organe et de corps, etc.) ainsi que toute demande d'information portant sur les règles de droit français relatives aux successions.

b) AIDE A LA RECHERCHE D'UN OPERATEUR FUNERAIRE

Sur simple appel téléphonique, FILASSISTANCE aide la famille du Bénéficiaire dans la recherche d'un opérateur funéraire et le met en relation avec ce dernier pour l'organisation des obsèques.

Les frais engagés sont à la charge de la famille du Bénéficiaire.

c) AIDE A L'ORGANISATION DES OBSEQUES

FILASSISTANCE aide la famille du Bénéficiaire à organiser les obsèques de ce de dernier (en accord avec les organismes de pompes funèbres).

Les frais engagés sont à la charge de la famille du Bénéficiaire.

d) AVANCE DE FONDS

Si les proches du Bénéficiaire ne peuvent pas régler les frais d'inhumation du Bénéficiaire défunt, FILASSISTANCE peut accorder une avance dans la limite de 1 000 € aux proches du Bénéficiaire défunt.

L'avance est versée par FILASSISTANCE et remboursée par les proches du Bénéficiaire conformément au paragraphe B.2.6.

e) PRESENCE D'UN PROCHE AUX OBSEQUES

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la même Zone de résidence que celle de l'Assuré, en mettant à sa disposition un Titre de transport, afin de se rendre aux obsèques du Bénéficiaire en France.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 2 nuits maximum (petit déjeuner compris) dans la limite de 70 € TTC par nuit.

f) ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

FILASSISTANCE met en relation la famille du Bénéficiaire avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée (3 entretiens téléphoniques maximum par Evènement) et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Les frais de consultations des professionnels assurant la prise en charge psychologique sont à la charge de la famille du Bénéficiaire.

g) AIDE A DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de la famille du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de la soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat de décès devra être adressé à FILASSISTANCE sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.
- La durée de mise en œuvre de cette garantie et le nombre d'heures allouées sont déterminés en fonction de la situation de famille du Bénéficiaire, par le service médical de FILASSISTANCE.

Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 20 heures par Evènement réparties sur les 15 jours ouvrés consécutifs qui suivent le décès.

h) GARDE DES PETITS-ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS

Si personne ne peut s'occuper des petits-enfants âgés de moins de 16 ans du Bénéficiaire décédé, restés seuls au Domicile sans surveillance d'un adulte, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par la famille du Bénéficiaire :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et ne pourra dépasser 10 heures par jour maximum pendant 2 jours par Evènement ;
- OU le transfert accompagné des petits-enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition un Titre de transport ;
- OU la venue d'un proche, habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à sa disposition un Titre de transport ;
- OU l'accompagnement des petits-enfants à l'école dans la limite de 10 aller/retour à concurrence de 500 € TTC maximum par Evènement pour l'ensemble des petits-enfants et dans un rayon de 25 Km maximum du Domicile du Bénéficiaire.

Les prestations ci-dessus doivent être mises dans un délai d'un mois à compter de la date du décès.

i) GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS

Si personne ne peut s'occuper des ascendants du Bénéficiaire décédé vivant habituellement au Domicile et restés seuls, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par la famille du Bénéficiaire :

- La garde à Domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et ne pourra dépasser 10 heures par jour maximum pendant 2 jours par Evènement ;
- OU le transfert de ces personnes, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire en mettant à leur disposition un Titre de transport ;

- OU la venue d'un proche, habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à sa disposition un Titre de transport.

Les prestations ci-dessus doivent être mises dans un délai d'un mois à compter de la date du décès.

j) AIDE A LA VENTE D'UN BIEN IMMOBILIER

Si les biens immobiliers du Bénéficiaire décédé doivent être mis en vente, FILASSISTANCE organise la mise en relation de la famille du Bénéficiaire avec des agences immobilières locales et des notaires.

Les frais engagés sont à la charge de la famille du Bénéficiaire.

k) ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

FILASSISTANCE met les proches du Bénéficiaire décédé en relation avec le pôle social de FILASSISTANCE qui réalisera un bilan de situation du foyer et pourra ensuite les orienter et les assister dans les démarches auprès des organismes concernés.

FILASSISTANCE aide les proches du Bénéficiaire décédé dans les démarches administratives et met à disposition des courriers type nécessaires aux organismes et administrations et communique, le cas échéant, les coordonnées de ces derniers pour les informer du décès et prendre les mesures adéquates auprès :

- Des employeurs,
- Des établissements bancaires,
- Des compagnies d'électricité,
- De la compagnie des eaux,
- Des opérateurs de téléphonie,
- Des assureurs,
- Des mutuelles,
- Des caisses de retraite principales et complémentaires,
- Du centre des impôts,
- De la Sécurité sociale.

l) BILAN DE SITUATION PROFESSIONNELLE ET AIDE A LA RECHERCHE D'EMPLOI

FILASSISTANCE organise un bilan de situation professionnelle pour le Conjoint du Bénéficiaire décédé dans les 3 mois qui suivent le décès. FILASSISTANCE accompagne le Conjoint du Bénéficiaire décédé dans la rédaction de CV, de lettres de motivation, aide à la préparation des entretiens d'embauche et vérifie l'adéquation entre le cursus et le poste recherché.

m) ACCOMPAGNEMENT BUDGETAIRE ET SOCIAL

Le Conjoint du Bénéficiaire décédé peut contacter FILASSISTANCE pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- Une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de FILASSISTANCE,
- Une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie du Conjoint,
- Une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé.

10. ASSISTANCE AU QUOTIDIEN

L'assistance au quotidien peut être sollicitée par tout Bénéficiaire qui, à la suite de la survenance d'un Evènement, a bénéficié d'une prestation d'assistance mentionnée aux 1 à 9 qui a pris fin et dont il souhaite la prolongation ou qui n'a pas pu bénéficier de la prestation car sa demande relevait d'un cas d'exclusion ou qui souhaite être mis en relation avec des prestataires qui pourront assurer la délivrance de services complémentaires aux prestations d'assistance garanties.

Le Bénéficiaire peut demander la mise en œuvre des prestations ci-après détaillées, à ses frais exclusifs.

FILASSISTANCE sélectionne parmi ses partenaires, plusieurs prestataires et les propose au Bénéficiaire qui effectue le choix final. FILASSISTANCE organise alors la mise en place de la prestation au nom et pour le compte du Bénéficiaire.

a) FEMME DE MENAGE, AIDE-MENAGERE

Dans le cadre de ce service, l'organisme exécute les tâches suivantes : entretien de l'intérieur de la maison, nettoyage et repassage du linge, nettoyage, rangement, aide aux tâches ménagères.

b) COLLECTE ET LIVRAISON A DOMICILE DE LINGE REPASSE

Dans le cadre de ce service, l'organisme :

- Collecte le linge au domicile du Bénéficiaire,
- L'apporte à l'entreprise préalablement désignée par le Bénéficiaire et chargée du repassage,

- Et livre le linge repassé au domicile du Bénéficiaire.

c) LIVRAISON DE REPAS A DOMICILE

Ce service comprend la livraison à Domicile de repas variés et équilibrés, correspondant au régime éventuel suivi par le Bénéficiaire (sans sucre, sans sel, sans graisse, etc.).

d) PREPARATION DE REPAS A DOMICILE

Un intervenant à domicile peut proposer au Bénéficiaire un menu différent chaque jour, faire les courses pour réunir les ingrédients nécessaires, cuisiner le repas et remettre la cuisine en ordre après le repas (vaisselle et rangement).

e) ASSISTANCE INFORMATIQUE ET INTERNET : INITIATION ET FORMATION

Ce service englobe l'initiation ou la formation au fonctionnement du matériel informatique (micro-ordinateur personnel ainsi que les accessoires et périphériques faisant partie de son environnement immédiat) et aux logiciels non professionnels en vue de permettre leur utilisation courante ainsi que, le cas échéant, tout ou partie des prestations suivantes :

- Livraison au domicile de matériels informatiques,
- Installation et mise en service au domicile de matériels et logiciels informatiques,
- Maintenance logicielle au domicile de matériels informatiques.

f) LIVRAISON DE COURSES A DOMICILE

Sur la base d'une liste de courses établie par le Bénéficiaire, l'organisme effectue les achats et livre les produits demandés à la maison. Il peut donc s'agir de médicaments, de livres, de journaux, de produits alimentaires ou de première nécessité.

Les achats effectués sont à la charge du Bénéficiaire.

g) PETITS TRAVAUX DE JARDINAGE Y COMPRIS LES TRAVAUX DE DEBROUSSAILLAGE

Dans le cadre de ce service, les travaux d'entretien courant du jardin du Bénéficiaire pourront être fournis :

- La tonte de la pelouse, l'arrosage des plantes,
- La taille des haies et des arbres,
- Le débroussaillage,
- La prestation d'enlèvement des déchets occasionnés par la prestation de petit jardinage,
- Le déneigement des abords immédiats du Domicile.

h) PETIT BRICOLAGE

Ce service comprend la réalisation des prestations élémentaires (durée d'intervention ne dépassant pas deux heures) et occasionnelles suivantes : fixer une étagère, accrocher un cadre, poser des rideaux, remplacer des joints, poser un lustre, changer une ampoule, etc.

Ce service ne comprend pas :

- Les activités de construction, d'entretien, de réparation des bâtiments correspondant aux métiers de gros œuvre, de second œuvre et de finition du bâtiment ;
- La mise en place, l'entretien et la réparation des réseaux utilisant des fluides ou des matériels et équipements destinés à l'alimentation en gaz, au chauffage des immeubles et aux installations électriques.

i) COURS A DOMICILE

Ce service comprend les cours à domicile dispensés de manière individuelle à tout public : enfant, adulte étudiant ou non.

En outre, les disciplines enseignées ne se limitent pas aux programmes d'enseignement scolaire.

Ces prestations sont fournies par des professionnels de la formation, ou des personnes pouvant se prévaloir d'une compétence confirmée et incontestable.

Ce service ne comprend pas les activités de conseil et d'accompagnement, telles que le « coaching » ou par exemple, l'assistance à l'utilisation de matériels audio ou vidéo numériques.

j) ASSISTANCE ADMINISTRATIVE

Ce service d'assistance administrative à domicile couvre toutes les tâches d'appui et d'aide à la rédaction des correspondances, à la compréhension et à la facilitation des contacts et des relations avec des interlocuteurs institutionnels (fournisseurs d'énergie, fournisseurs réseaux téléphonique et Internet, banques, assureurs, administrations publiques notamment).

Ce service ne saurait aboutir à conférer à l'organisme un mandat, une substitution d'action ou de responsabilité.

k) SURVEILLANCE TEMPORAIRE AU DOMICILE, DE LA RESIDENCE PRINCIPALE ET SECONDAIRE

Cette activité consiste à assurer, au domicile et pendant l'absence de son occupant habituel, les prestations suivantes :

- L'ouverture et la fermeture des volets,

- L'arrosage et l'entretien des plantes,
- La relève du courrier,
- Les travaux ménagers à l'intérieur du Domicile,
- Toute autre prestation de cette nature.

Ce service ne comprend pas les activités privées de sécurité réglementées par la loi n° 83-629 du 12 juillet 1983 modifiée : la surveillance humaine ou la surveillance par des systèmes électroniques de sécurité ou le gardiennage de biens meubles ou immeubles, ainsi que la sécurité des personnes se trouvant dans ces immeubles (prestations de rondes ou de télésurveillance autour du Domicile).

l) GARDE D'ENFANT A DOMICILE

Ce service comprend :

- La garde d'enfants au Domicile des parents (baby-sitting par exemple),
- La garde d'enfants de deux voire trois familles alternativement au domicile de l'une et de l'autre (forme de mutualisation qui facilite l'accès à ce mode de garde pour les familles qui n'ont qu'un enfant à faire garder),
- L'accompagnement des enfants lors des trajets domicile/école ou crèche, en particulier dans les transports publics.

A l'occasion de la garde au domicile, l'intervenant fait la toilette de l'enfant et le change, lui prépare et lui donne les repas et les goûters, organise et participe à ses activités, l'accompagne à l'école, le récupère à la sortie de l'école et le raccompagne au Domicile du Bénéficiaire.

m) SOUTIEN SCOLAIRE OU COURS A DOMICILE

(1) SOUTIEN SCOLAIRE

La prestation de soutien scolaire est fournie exclusivement au Domicile du Bénéficiaire de la prestation, par un intervenant physiquement présent.

Les cours dispensés dans le cadre du soutien scolaire doivent par ailleurs être en lien avec les programmes d'enseignement scolaire :

- Accompagnement scolaire,
- Approfondissement,
- Préparation à un examen,
- Révision des leçons déjà vues en classe,
- Explication les points difficiles,
- Aide à l'acquisition d'une bonne méthodologie de travail.

Ce service ne comprend pas : les activités de soutien scolaire à distance, par Internet ou sur un support électronique.

(2) COURS A DOMICILE

Ce service comprend les cours à Domicile dispensés de manière individuelle à l'enfant du Bénéficiaire.

En outre, les disciplines enseignées ne se limitent pas aux programmes d'enseignement scolaire.

Ces prestations sont fournies par des professionnels de la formation, ou des personnes pouvant se prévaloir d'une compétence confirmée et incontestable.

Ce service ne comprend pas les activités de conseil et d'accompagnement, telles que le « coaching » ou par exemple, l'assistance à l'utilisation de matériels audio ou vidéo numériques.

n) ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS DANS LEURS DEPLACEMENTS EN DEHORS DE LEUR DOMICILE

Ce service comprend pour l'essentiel l'accompagnement des enfants Bénéficiaires dans les transports.

Ce service ne recouvre pas l'activité de transports scolaires.

o) ASSISTANCE AUX PERSONNES AGEES OU DEPENDANTES OU AUX AUTRES PERSONNES QUI ONT BESOIN D'UNE AIDE PERSONNELLE A LEUR DOMICILE

Peuvent bénéficier de ces prestations :

- Les personnes âgées de 60 ans et plus ;
- Les personnes dépendantes,
- Les personnes rencontrant une difficulté temporaire ou permanente de nature à mettre en péril l'autonomie et l'équilibre de la famille et son maintien dans l'environnement social.

L'organisme accompagne et assiste les Bénéficiaires :

- Dans leurs actes essentiels de la vie quotidienne

Ce service comprend l'aide à la mobilité et aux déplacements, à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation, aux fonctions d'élimination, garde-malade, etc.

Dans ce cadre, peuvent être notamment intégrées les prestations de vigilance, visites physiques de convivialité. Cette prestation est effectuée en lien avec l'entourage et/ou les services compétents.

- Dans leurs activités de la vie sociale et relationnelle

Ce service comprend l'aide à l'accompagnement dans les activités domestiques, de loisirs et de la vie sociale, soutien des relations sociales, etc., à domicile ou à partir du domicile, et notamment les prestations d'animation culturelles et artistiques pour des personnes gravement malades ou en fin de vie maintenues au Domicile.

- À l'occasion des activités intellectuelles, sensorielles et motrices

Ce service comprend notamment les activités comprenant des interventions au domicile des Bénéficiaires en perte d'autonomie, afin de les aider à adapter leurs gestes et modes de vie à leurs capacités d'autonomie dans leur environnement domestique, tout en permettant, dans le même temps, d'optimiser l'accompagnement des aidants eux-mêmes.

Ce service ne comprend pas les soins relevant d'actes médicaux.

p) ASSISTANCE AUX PERSONNES HANDICAPEES

Les activités d'assistance aux personnes handicapées comprennent :

- Les prestations détaillées au paragraphe précédent,
- Les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété.

q) GARDE MALADE DE PERSONNES AGEES, DEPENDANTES OU HANDICAPEES

Le garde malade assure une présence de jour ou de nuit auprès de personnes malades, en assurant leur confort physique et moral, à l'exclusion des soins.

Il peut toutefois aider à la prise de médicaments sur la base d'une ordonnance et si la prescription médicale ne fait pas référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux.

Le garde malade de nuit est à proximité du malade et doit pouvoir intervenir à tout moment.

r) AIDE A LA MOBILITE ET TRANSPORTS DE PERSONNES AGEES, DEPENDANTES OU HANDICAPEES AYANT DES DIFFICULTES DE DEPLACEMENT

L'aide à la mobilité et le transport de la personne sont étroitement associés dans cette activité, ce qui différencie cette dernière d'une simple prestation de transport de personnes.

L'organisme accompagne le Bénéficiaire lors de déplacements effectués à partir du Domicile du Bénéficiaire ou vers celui-ci.

s) CONDUITE DU VEHICULE PERSONNEL DES PERSONNES DEPENDANTES, DU DOMICILE AU TRAVAIL, SUR LES LIEUX DE VACANCES, POUR LES DEMARCHES ADMINISTRATIVES

Ce service suppose que le Bénéficiaire soit une personne dépendante dans l'impossibilité de conduire son véhicule personnel temporairement ou définitivement.

L'organisme conduit le véhicule du Bénéficiaire notamment pour effectuer les trajets suivants :

- Du Domicile au lieu de travail et vice-versa ;
- Du Domicile au lieu de vacances ;
- Lors des démarches administratives.

t) ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES OU HANDICAPEES DANS LEURS DEPLACEMENTS EN DEHORS DE LEUR DOMICILE

Ce service comprend pour l'essentiel l'accompagnement des Bénéficiaires âgés (+ de 60 ans) ou handicapés dans les transports, ainsi que l'accompagnement (au bras) à l'occasion de promenades ou dans les actes de la vie courante.

Le recours à des activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété dans l'environnement extérieur et pour les actes de la vie quotidienne est admis dans le cadre de cette activité.

u) SOINS ET PROMENADES DES ANIMAUX DE COMPAGNIE, POUR LES PERSONNES DEPENDANTES

Les animaux d'élevage sont exclus, cette activité ne concernant que les Animaux de compagnie des personnes dépendantes.

Par soins, il faut entendre les activités de préparation et mise à disposition de nourriture pour les animaux, changement de litière, accompagnement chez le vétérinaire.

v) SOINS D'ESTHETIQUE A DOMICILE POUR LES PERSONNES DEPENDANTES

Ce service consiste à dispenser au Bénéficiaire les soins d'hygiène et de mise en beauté :

- Soins esthétiques,
- Maquillage,

- Lavage, séchage et coiffage des cheveux, à l'exclusion des prestations de coiffure,
- Mettre en beauté les mains et les pieds.

Cette prestation est exclusivement réservée aux Bénéficiaires dépendants.

11. ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE DEPENDANCE D'UN PROCHE PARENT : « L'AIDE AUX AIDANTS »

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre au profit de l'Assuré ou de son Conjoint, s'ils deviennent, postérieurement à l'adhésion, Aidant d'un Proche parent en état de Dépendance.

FILASSISTANCE pourra demander à l'Assuré ou à son Conjoint de communiquer tout justificatif utile établissant le niveau de Dépendance du Proche parent (attestation d'allocation perte d'autonomie, attestation émanant d'un organisme social ou fiscal par exemple).

a) SERVICE DE RENSEIGNEMENT SUR LA DEPENDANCE

FILASSISTANCE communique à l'Aidant toutes les informations nécessaires dans le cadre de la survenance de la Dépendance d'un Proche parent, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, FILASSISTANCE met en contact l'Aidant avec les organismes concernés.

b) BILAN PREVENTION DEPENDANCE

À la demande de l'Aidant, l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, etc., réalise un « bilan prévention autonomie ».

Le bilan prévention autonomie de FILASSISTANCE aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (notamment l'isolement social, l'entretien du Domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillage) et est à la disposition de l'Aidant afin de favoriser le maintien à Domicile de son Proche parent aidé et préserver sa qualité de vie.

L'équipe de FILASSISTANCE délivre des conseils et des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'Aidant (ou accompagner ses proches) dans les démarches de maintien à Domicile.

En fonction des besoins recensés par notre équipe et à sa demande, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) pourra réaliser un diagnostic plus complet par téléphone sur l'aménagement de son habitat et de son environnement et proposer ainsi des solutions de prévention (pour éviter les Hospitalisations ou les rechutes, rééducation, réadaptation afin d'améliorer l'indépendance, etc.) en synergie avec l'équipe de FILASSISTANCE et de différents intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du Domicile, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules, etc.).

Les éventuels frais engagés sont à la charge l'Aidant ou à celle de son Proche parent aidé.

Le recours au médecin traitant sera systématiquement conseillé pour aborder l'approche médicale/Dépendance (reconnaissance et prise en charge thérapeutique).

De plus, lors de ses entretiens téléphoniques, l'équipe de FILASSISTANCE aide l'Aidant ainsi que son Proche parent aidé à constituer un dossier perte d'autonomie/Dépendance, à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière.

Selon la situation de l'Aidant, l'équipe de FILASSISTANCE le conseille ainsi que son Proche parent aidé, sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, etc.), l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.

Les informations transmises par l'équipe de FILASSISTANCE sont communiquées dans le respect de la déontologie médicale et des professionnels de santé qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées.

c) BILAN PREVENTION MEMOIRE

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE réalise une évaluation médico-psycho-sociale de l'Aidant.

En cas de plainte mnésique objectivée, l'Aidant est orienté vers une filière de prise en charge (évaluation spécialisée des fonctions cognitives, orientation vers les structures proposant une stimulation cognitive, écoute, information, accompagnement).

Les éventuels frais engagés restent à la charge de l'Aidant.

En cas de vieillissement normal des fonctions cognitives, FILASSISTANCE lui délivrera un programme d'entraînement et d'accompagnement personnalisé.

d) SERVICE SOUTIEN DE LA MEMOIRE

En complément du bilan prévention perte de mémoire et en cas de vieillissement normal de sa mémoire, le Proche parent aidé peut bénéficier d'un programme d'entraînement de la mémoire et d'un accompagnement personnalisé. Ce programme, d'une durée de 6 mois basée sur la réalisation d'exercices spécifiques conçus et réalisés par FILASSISTANCE avec l'appui de partenaires reconnus, a plusieurs objectifs :

- S'approprier le « pourquoi dois-je entretenir ma mémoire et comment le faire ? »,
 - Stimuler ses fonctions intellectuelles et lui permettre d'acquérir des stratégies de mémorisation afin de les utiliser dans la vie quotidienne,
 - Repenser son hygiène de vie, vis à vis des différents facteurs de risque de survenue d'une maladie neurodégénérative.
- La prestation soutien de la mémoire s'inscrit dans une démarche déontologique, en respectant les choix des personnes et sans se substituer aux professionnels de santé.

e) BILAN PREVENTION ET ACCOMPAGNEMENT DE L'INCONTINENCE

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, est à la disposition de l'Aidant pour l'écouter, l'informer sur ce qu'est l'incontinence, ses principales formes, les traitements possibles ainsi que sur les prises en charges publiques.

Elle délivre également des conseils et des informations (éventuellement sous forme de fiches pratiques sur des sujets tels que l'incontinence urinaire, les symptômes, l'échographie vésicale...) pour accompagner l'Aidant dans ses démarches.

Si nécessaire, l'Equipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE pourra orienter le Proche parent aidé vers son médecin traitant afin que soit réalisé un examen complet par des professionnels compétents.

FILASSISTANCE pourra également indiquer à l'Aidant les coordonnées de médecins spécialistes, de professionnels de santé (kinésithérapeutes, stomathérapeutes...), d'établissements hospitaliers ou associations les plus proches de son Domicile.

f) BILAN 360°

Le bilan 360° permet d'analyser la situation de « couple » Aidant/Proche parent aidé et de proposer les solutions adéquates. FILASSISTANCE s'engage à réaliser un bilan global de la situation pour l'Aidant et son Proche parent aidé en tenant compte du contexte et des conditions de vie, de l'entourage, des ressources financières, etc.

En fonction de la situation, FILASSISTANCE, informe l'Aidant dans les thématiques suivantes liées à la Dépendance :

- Écoute.
- Habitat.
- Informations / formations.
- Prévention santé.
- Organisation de la vie au Domicile / coordination.
- Répit.
- Juridique.
- Financier.

g) BILAN DE L'HABITAT

Afin de déterminer au mieux les impératifs d'adaptation du Domicile aux besoins du Proche parent aidé, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute chargé d'élaborer et proposer une solution de maintien du Proche parent aidé à son Domicile. A cette fin, l'ergothérapeute :

- Réalise un diagnostic technique du caractère fonctionnel du logement : évaluation de l'accessibilité du logement (étages, escaliers, couloirs, etc.) et de son adaptabilité éventuelle (possibilités d'aménagement des pièces et du mobilier, etc.) au regard de la situation personnelle du Proche parent aidé ;
- Soumet le Proche parent aidé à des tests d'évaluation de sa mobilité au sein de son logement. Cette aptitude à se déplacer, seul et en toute sécurité, est déterminée en tenant compte des équipements adaptés dont dispose le Proche parent aidé lors de la réalisation du bilan (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, prothèses). Au besoin, l'ergothérapeute s'entretient, pour avis, avec le médecin traitant du Proche parent aidé de la situation de ce dernier et de son évolution probable ;

A l'issue de ces opérations, l'ergothérapeute adresse au Proche parent aidé, son Conjoint ou son représentant un avis sur la possibilité de maintien au Domicile comportant les renseignements suivants :

- Une solution chiffrée d'aménagements immobiliers et/ou d'agencement mobilier accompagnée des coordonnées des professionnels susceptibles de les réaliser ;
- L'indication chiffrée des matériels susceptibles de faciliter les déplacements intérieurs et les coordonnées de professionnels commercialisant ce type de matériels ;
- Les possibilités d'aides au financement des travaux d'adaptation de son Domicile et la mention des interlocuteurs appropriés (A.N.A.H par exemple) dans ces démarches.

FILASSISTANCE prend en charge la visite de l'ergothérapeute dans la limite de 460 € TTC, une fois par adhésion.

Les prestations qui en découleraient sont à la charge du Proche parent aidé.

h) ACCOMPAGNEMENT DANS LES DEMARCHES ADMINISTRATIVES

Sur simple appel téléphonique, FILASSISTANCE conseille l'Aidant sur les organismes à contacter, les financements possibles (ex : organismes publics, mutuelles, caisse de retraite) et met en relation le cas échéant avec les services sociaux locaux.

Sur demande, FILASSISTANCE accompagne l'Aidant dans la constitution de dossiers administratifs pour obtenir une prise en charge publique ou privée, en lui communiquant par téléphone, courrier ou e-mail, la liste des pièces à fournir et des courriers types.

i) FORMATION DE L'AIDANT

FILASSISTANCE organise et prend en charge de la venue d'une infirmière au Domicile de la personne en état de Dépendance pour accompagner l'Aidant qui pourra ainsi acquérir de bons gestes, des bonnes pratiques (nutrition hygiène), des informations sur son rôle dans le réseau de soins, ses limites et les aspects psychologiques, ...

Cette formation alliant écoute active et conseils techniques abordera les 8 items suivants :

- Comportement et relation ;
- Rôle dans le réseau de soins ;
- Hygiène ;
- Ergonomie ;
- Aide aux soins médicaux ;
- Nutrition ;
- Les limites du rôle de l'aidant ;
- Prendre soin de soi.

Cette prestation ne peut être mise en œuvre qu'une seule fois par adhésion.

j) AIDE A LA CONSTITUTION DE DOSSIER

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE aide l'Aidant dans la constitution du dossier lié à la Dépendance de son Proche parent aidé (pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée, etc.).

k) RECHERCHE D'ETABLISSEMENTS SPECIALISES

FILASSISTANCE recherche et indique à l'Aidant les établissements spécialisés qui peuvent recevoir son Proche parent aidé de façon permanente.

Si l'Aidant le souhaite, FILASSISTANCE réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du Domicile de son Proche parent aidé ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.

Le coût du lit est à la charge de l'Aidant ou de son Proche parent aidé.

l) RECHERCHE D'ETABLISSEMENTS TEMPORAIRES

FILASSISTANCE recherche et indique à l'Aidant les établissements spécialisés qui peuvent recevoir son Proche parent aidé de façon temporaire.

Si le Proche parent aidé le souhaite, FILASSISTANCE réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche de son Domicile ou le plus apte à répondre ses besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.

Le coût du lit est à la charge de l'Aidant ou de son Proche parent aidé.

m) ASSISTANCE DEMENAGEMENT

FILASSISTANCE organise le déménagement du Proche parent aidé si son changement de Domicile est indispensable, ou s'il doit être hébergé dans un établissement spécialisé.

Le coût du déménagement (transport et main d'œuvre) est à la charge de l'Aidant ou de son Proche parent aidé qui le règlera directement au prestataire retenu.

Le choix final du prestataire est du ressort exclusif du Proche parent aidé.

En aucun cas FILASSISTANCE ne pourra être tenue responsable d'une exécution défectueuse de ce prestataire.

n) ECOUTE ET AIDE A LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

FILASSISTANCE met en relation l'Aidant avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

o) SERVICES D'ASSISTANCE A LA CARTE

Ces services sont accessibles à tout moment. FILASSISTANCE aide l'Aidant dans la recherche des prestataires et se charge de la mise en relation si nécessaire, sous réserve des disponibilités locales :

- Livraison de repas, de courses, de médicaments.
- Télé sécurité, garde du Domicile (vigile).
- Garde des petits-enfants, des animaux de compagnie.
- Aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements.
- Auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux.
- Coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service "blanchisserie".
- Et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 Km du Domicile ...).
- Téléassistance.

FILASSISTANCE indique à l'Aidant quels sont les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

p) MISE EN RELATION AVEC LES CORPS DE METIER EN CHARGE DE L'AMENAGEMENT DU LOGEMENT

Sur demande de l'Aidant, FILASSISTANCE :

- Recherche des entreprises pour faire établir des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement du Proche parent aidé et met en relation l'Aidant avec ces entreprises s'il le souhaite,
- Donne des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, l'adaptateur sur véhicules, sur les associations.

Les travaux effectués (pièces et main d'œuvre) sont à la charge de l'Aidant ou du Proche parent aidé qui les règlera directement au(x) prestataire(s) retenu(s).

Le choix final du prestataire est du ressort exclusif de l'Aidant ou de son Proche parent aidé.

FILASSISTANCE ne peut être tenue responsable d'une exécution défectueuse de ce prestataire.

q) PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET DE L'AIDE OU GARDE MALADE

En cas d'Hospitalisation supérieure à 10 jours de l'Aidant :

- Soit, FILASSISTANCE met à la disposition d'un proche, résidant dans la même Zone de résidence de l'Aidant, un Titre de transport afin que ce dernier se rende au Domicile du Proche parent aidé. FILASSISTANCE rembourse également les frais d'hôtel à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit dans la limite de 200 € TTC par Evènement. Les frais de nourriture et annexes sont exclus.
- FILASSISTANCE recherche et prend en charge une garde malade dans la limite de 10 heures maximum par Evènement réparties pendant les 5 jours consécutifs qui suivent le retour au Domicile.

Les prestations « PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET » et « GARDE MALADE » sont mises en place pendant l'Hospitalisation de l'Aidant et lorsque le Proche parent aidé se retrouve seul à son Domicile.

r) REPIT DE L'AIDANT

(1) Enveloppe de services

Afin d'accompagner d'aidant à organiser un temps de répit dans l'année, FILASSISTANCE met à disposition une enveloppe de 500 € TTC maximum par année civile, pour un Aidant qui a la charge Proche parent aidé, lui permettant d'accéder à la mise en œuvre de services à choisir parmi :

(a) Recherche et prise en charge d'une place en établissement temporaire

FILASSISTANCE recherche et indique à l'Aidant les établissements spécialisés qui peuvent recevoir son Proche parent aidé de façon temporaire.

Si le Proche parent aidé le souhaite, FILASSISTANCE réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche de son Domicile le plus apte à répondre à ses besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.

FILASSISTANCE prend en charge les frais occasionnés dans la limite du montant restant disponible de l'enveloppe indiquée en préambule de l'article 11r)

(b) Accompagnement du Proche parent aidé

Durant le répit de l'Aidant, FILASSISTANCE recherche et organise (sous réserve des disponibilités locales) auprès du Proche parent aidé des prestations pour :

- Assurer la livraison de repas, de courses, de médicaments,
- Trouver une aide-ménagère, un accompagnateur pour les déplacements,
- Trouver une auxiliaire de vie, des professionnels paramédicaux,
- Trouver une garde de jour ou de nuit,
- Trouver une personne de compagnie.

FILASSISTANCE prend en charge les frais occasionnés dans la limite du montant restant disponible de l'enveloppe indiquée en préambule de l'article 11.r).

(c) Venue d'un visiteur au Domicile du Proche parent aidé

FILASSISTANCE organise auprès du Proche parent aidé la visite quotidienne d'une personne mandatée par FILASSISTANCE.

Un programme de visites est établi. Elles ont lieu entre le lundi et le samedi (hors jours fériés).

Lors de chaque passage, le visiteur s'assure de la présence du Proche parent aidé et de sa réponse. En cas de problème ou non-réponse, il donne l'alerte à FILASSISTANCE (qui alerte la personne désignée par l'Aidant) et/ou aux secours.

FILASSISTANCE prend en charge les frais occasionnés dans la limite du montant restant disponible de l'enveloppe indiquée en préambule de l'article 11.r).

(d) Assistance aux Animaux de compagnie

Durant le répit de l'Aidant FILASSISTANCE organise et prend en charge (hors frais de toilettage et de soins vétérinaires) la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile de ses Animaux de compagnie tels que définis ci-dessus.

FILASSISTANCE prend en charge les frais occasionnés dans la limite de l'enveloppe indiquée au 11r.

En cas d'Hospitalisation imprévue supérieure à 24 heures du Proche parent aidé

- (2) En cas d'Hospitalisation imprévue supérieure à 24 heures du Proche parent aidé, retour anticipé de l'Aidant

FILASSISTANCE organise et prend en charge le retour de l'Aidant jusqu'à son Domicile et éventuellement le retour sur son lieu de séjour.

Cette garantie est limitée à 1 Titre de transport par année civile.

Les personnes concernées consentent à utiliser en priorité leurs titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés et à respecter les conditions de l'article II.B.4.

s) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES DE L'AIDANT**(1) Accompagnement médico-social**

Suite au décès de l'Aidant et si un dispositif d'accompagnement avait été mis en place en accord avec FILASSISTANCE, notre Equipe médico-sociale peut, à la demande de la famille, se mettre en relation avec l'assistante sociale de secteur afin de l'informer de l'organisation mise en place par l'Aidant et FILASSISTANCE.

(2) Garde du Proche parent aidé au Domicile

Suite au décès de l'Aidant :

- Soit, FILASSISTANCE met à la disposition d'un proche, résidant dans la même Zone de résidence de l'Aidant, un Titre de transport afin que ce dernier se rende au Domicile du Proche parent aidé. FILASSISTANCE rembourse également les frais d'hôtel à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit dans la limite de 300 € TTC par Evènement. Les frais de nourriture et annexes sont exclus.
- Soit, FILASSISTANCE recherche et prend en charge une garde malade dans la limite de 15 heures maximum par Evènement réparties pendant les 5 jours consécutifs qui suivent le décès de l'Aidant.

Les prestations ci-dessus sont mises en place lorsque le Proche parent aidé se retrouve seul à son Domicile.

B. ASSISTANCE EN CAS DE VOYAGE ET DEPLACEMENT EN FRANCE OU A L'ETRANGER

Sauf stipulation contraire, les garanties d'assistance Voyage et Déplacement s'appliquent en cas d'Accident, de Maladie ou de décès du Bénéficiaire survenu lors d'un déplacement à titre privé ou professionnel et pour tout séjour d'une durée inférieure à 60 jours consécutifs dans un même pays, s'il s'agit d'un déplacement à l'Etranger.

Certaines garanties ne sont accessibles que lorsque l'Evènement survient à l'Etranger.

1. RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE DU BENEFICIAIRE MALADE OU BLESSE

Lorsque les médecins de FILASSISTANCE, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident du rapatriement et en déterminent les moyens :

- Ambulance,
- Train,
- Avion de ligne,
- Avion sanitaire,
- Ou tout autre moyen approprié.

FILASSISTANCE organise le retour du Bénéficiaire à son Domicile ou dans un hôpital adapté proche de son Domicile et prend en charge le coût de ce transport.

Les choix concernant les modalités de cette assistance médicale relèvent en tout état de cause de l'appréciation souveraine du médecin de FILASSISTANCE.

En cas d'Accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive, FILASSISTANCE prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'Accident jusqu'à la structure médicale adaptée, à l'exception des frais de recherche, à concurrence de 153 € TTC maximum par Evènement.

FILASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

2. IMMOBILISATION A L'HOTEL

Lorsque des soins ont été dispensés au Bénéficiaire et qu'il n'est pas jugé transportable vers son Domicile par les médecins de FILASSISTANCE et que son état médical ne nécessite pas une Hospitalisation, FILASSISTANCE organise et prend en charge son hébergement pour 7 nuits maximum, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit.

3. MISE A DISPOSITION D'UN BILLET POUR ACCOMPAGNER LE BENEFICIAIRE LORS DE SON RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE

Pour permettre d'accompagner le Bénéficiaire rapatrié ou transporté, FILASSISTANCE met à la disposition d'un accompagnant voyageant avec le Bénéficiaire, un Titre de transport.

4. RAPATRIEMENT DES MEMBRES DE LA FAMILLE

Dans le cas où le rapatriement ou le transport du Bénéficiaire, malade, blessé ou décédé, aura été décidé, son Conjoint ainsi que ses descendants directs au premier degré voyageant avec lui, seront également rapatriés s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.

5. RETOUR EN CAS DE DECES D'UN PROCHE PARENT

Si le Bénéficiaire doit interrompre son déplacement afin d'assister aux obsèques en France, de son Conjoint, d'un ascendant ou descendant au premier degré, d'un frère ou d'une sœur, FILASSISTANCE met à sa disposition un Titre de transport, du lieu de séjour à celui de l'inhumation.

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres Bénéficiaires voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, FILASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire un Titre de transport, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré.

6. RETOUR EN CAS D'ACCIDENT D'UN PROCHE PARENT

En cas d'Accident du Conjoint, des ascendants ou descendants au 1er degré du Bénéficiaire et s'il s'agit d'un évènement imprévisible dont la gravité est confirmée par le médecin de FILASSISTANCE, FILASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire un Titre de transport afin qu'il rentre en France.

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres Bénéficiaires voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, FILASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire un Titre de transport, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré.

7. PRESENCE AUPRES DU BENEFICIAIRE

Lorsque le Bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé sur place pendant plus de 10 jours et qu'il est isolé de tout membre de sa famille, FILASSISTANCE met à la disposition d'un proche du Bénéficiaire, un Titre de transport, pour qu'il se rende à son chevet.

FILASSISTANCE organise et prend en charge également l'hébergement du proche pour 10 nuits maximum, frais de restauration et annexes exclus, à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit dans la limite de 700 € TTC par Evènement.

8. RAPATRIEMENT DU CORPS

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport du corps du Bénéficiaire du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation, situé dans la Zone de résidence du Bénéficiaire.

FILASSISTANCE s'occupe de toutes les formalités à accomplir sur place, et prend en charge les frais (de manutention, de mise en bière, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de formalités) accessoires au transport du corps, ainsi que le coût d'un cercueil de modèle simple à concurrence de 763 € TTC maximum indispensable à ce transport, à l'exclusion des frais d'obsèques et d'inhumation. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement (Pompes Funèbres, transporteurs, etc...) est du ressort de FILASSISTANCE, sous réserve du choix éventuellement exprimé par le Bénéficiaire avant le décès.

Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place, FILASSISTANCE met à la disposition d'un membre de la famille du Bénéficiaire décédé, un Titre de transport pour assister aux obsèques du Bénéficiaire.

Dans ce cas FILASSISTANCE rembourse sur justificatifs originaux son hébergement sur place à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit dans limite de 700 € TTC par Evènement.

9. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 15 ANS OU HANDICAPES MINEURS

Si le Bénéficiaire malade, blessé ou décédé voyageait accompagné d'enfants âgés de moins de 15 ans ou handicapés mineurs, dont il n'est plus en mesure de s'occuper, FILASSISTANCE met à la disposition d'un proche résidant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, un Titre de transport, pour qu'il se rende auprès des enfants.

En outre, FILASSISTANCE organise et prend en charge le retour au Domicile de ses enfants et de la personne accompagnante, en mettant à leur disposition un Titre de transport.

10. RAPATRIEMENT DES ANIMAUX DE COMPAGNIE (A L'ETRANGER UNIQUEMENT)

Lorsque FILASSISTANCE intervient à l'Etranger pour transporter ou rapatrier le Bénéficiaire à la suite d'un Accident ou d'une Maladie, les dispositions adéquates sont prises également pour rapatrier ou transporter des Animaux de compagnie du Bénéficiaire.

L'hébergement des Animaux de compagnie du Bénéficiaire dans la Zone de résidence du Bénéficiaire est pris en charge dans la limite de 320 € TTC maximum pour l'ensemble des Animaux de compagnie et par Evènement.

En cas de blessure, ils seront confiés au service vétérinaire le plus proche, puis ramenés au Domicile du Bénéficiaire par les moyens les plus appropriés.

Les chiens de catégorie 2 doivent être accompagnés pendant la durée de leur transport, d'une personne les connaissant et capable de les maîtriser. FILASSISTANCE met à disposition un Titre de transport à cet effet.

L'organisation des prestations d'assistance aux Animaux de compagnie sera mise en œuvre par FILASSISTANCE, sous réserve que l'animal ne présente pas un comportement anormal ou agressif et à condition qu'il ait les vaccinations obligatoires.

11. IMPOSSIBILITE DE CONDUIRE

En cas de rapatriement médical ou de rapatriement de corps suite au décès du Bénéficiaire et si le véhicule est en état de fonctionnement conforme aux normes de sécurité d'usage, FILASSISTANCE met à la disposition d'un proche désigné par le Bénéficiaire et habitant dans sa Zone de résidence, un Titre de transport pour lui permettre d'aller sur le lieu d'immobilisation du véhicule et de le ramener jusqu'au Domicile du Bénéficiaire.

12. AVANCE DES FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER UNIQUEMENT

Si le Bénéficiaire est hospitalisé suite à une Maladie ou à un Accident, à la demande de ce dernier, FILASSISTANCE procède à l'avance des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'Hospitalisation dans la limite de 8 000 € TTC par Evènement.

Cette avance est accordée et remboursée dans les modalités prévues par l'article B.2.6 « Avance de frais ».

En outre, cette avance n'est mise en œuvre que si le médecin de FILASSISTANCE estime, eu égard aux informations fournies par le médecin local, que l'état de santé du Bénéficiaire ne permet pas son rapatriement au Domicile.

13. REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DES FRAIS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PHARMACEUTIQUES, D'HOSPITALISATION A L'ETRANGER UNIQUEMENT

Attention : la Carte Européenne d'Assurance Maladie permet la prise en charge des dépenses de soins de santé imprévus et médicalement nécessaires (prestations en nature) lors d'un séjour temporaire dans un autre pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège. Cette carte individuelle est délivrée, sur demande de l'assuré social, par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. La demande doit être formulée au moins 2 semaines avant le départ. Il est recommandé au Bénéficiaire de procéder, avant son départ en voyage, à l'ensemble des démarches nécessaires en vue d'obtenir cette carte.

Cette prestation concerne les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'Hospitalisation engagés à l'Etranger, par le Bénéficiaire, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie, revêtant un caractère imprévisible, engagés pendant la durée de validité de la présente Notice et ne s'applique que pour les Bénéficiaires affiliés à la sécurité sociale et/ou à un organisme de prévoyance ou d'assurance santé.

Si le Bénéficiaire est malade ou victime d'un Accident, FILASSISTANCE rembourse en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale et, le cas échéant, des versements complémentaires effectués par la mutuelle et/ou de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance santé, le coût des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'Hospitalisation que le Bénéficiaire a effectivement engagé.

Le remboursement complémentaire de FILASSISTANCE est limité à 8 000 € TTC par Bénéficiaire et par Evènement sous déduction d'une franchise de 16 € TTC par dossier appliquée sur le montant du remboursement demandé par le Bénéficiaire.

Ce plafond est ramené à 153 € TTC maximum pour les soins dentaires d'urgence sous déduction d'une franchise de 16 € TTC par dossier appliquée sur le montant du remboursement demandé par le Bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à prise en charge :

- Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'Hospitalisation :
 - Consécutifs à un accident ou une Maladie constatée médicalement survenus avant l'adhésion au Contrat,
 - Occasionnés par le traitement d'une Maladie ou blessure déjà connue avant la date de prise d'effet de l'adhésion au Contrat, à moins d'une complication imprévisible,
- Les frais de prothèses : optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques, ou autres,
- Les frais de soins dentaires supérieurs à 153 € TTC, sans application de la franchise absolue de 16 € TTC,
- Les frais engagés en France,
- Les frais de cure thermique et de séjour en maison de repos et/ou de convalescence,
- Les frais de rééducation.

14. ENVOI DES MEDICAMENTS INTROUVABLES SUR PLACE

FILASSISTANCE recherche et expédie, aux Bénéficiaires en déplacement hors de l'Union européenne, par les moyens les plus rapides les médicaments nécessaires prescrits médicalement et introuvables sur place, sous réserve de conditions d'intervention possibles.

Le coût des médicaments est dans tous les cas à la charge du Bénéficiaire.

Les médicaments et produits suivants sont exclus : contraceptifs, produits à usage diététique, produits de confort, produits cosmétologiques.

15. TRANSMISSION DES MESSAGES

En cas de besoin, FILASSISTANCE se charge de transmettre les messages urgents du Bénéficiaire à leurs proches.

D'une manière générale la retransmission des messages est subordonnée à :

- Une justification de la demande,
- Une expression claire et explicite du message à retransmettre,
- Une indication précise des noms, prénoms, adresse complète et éventuellement, numéro de téléphone de la personne à contacter.

Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité du Bénéficiaire.

16. ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER UNIQUEMENT

Pour rappel, les garanties d'assistance juridique à l'Etranger s'appliquent lorsque l'Evènement ouvrant droit à la garantie survient lors d'un déplacement à titre privé ou professionnel et pour tout séjour d'une durée inférieure à 60 jours consécutifs dans un même pays.

a) HONORAIRES D'AVOCAT

En cas de poursuites judiciaires consécutives à une violation non intentionnelle par le Bénéficiaire de la législation du pays Etranger, FILASSISTANCE met un avocat à la disposition du Bénéficiaire et lui règle directement ses honoraires à concurrence de 763 € TTC maximum par Evènement.

b) CAUTION PENALE

En cas de poursuites judiciaires consécutives à une violation non intentionnelle par le Bénéficiaire de la législation du pays Etranger, FILASSISTANCE fait au Bénéficiaire, si besoin est, l'avance de la caution pénale exigée par les autorités locales pour éviter ou faire cesser l'incarcération, dans la limite de 7 623 € TTC par Evènement.

Cette avance est accordée et remboursée dans les modalités prévues par l'article B.2.6 « AVANCE DE FRAIS ».

Néanmoins, si la caution lui est restituée par les autorités locales avant l'expiration de ce délai, le Bénéficiaire rembourse immédiatement l'avance reçue.

S'il est cité devant un Tribunal et ne se présente pas ou ne se fait pas représenter, le remboursement de l'avance devient immédiatement exigible, car il est impossible d'obtenir la restitution de la caution si le prévenu fait défaut.

C. PROTECTION JURIDIQUE

Cette garantie, conforme à la loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989, au décret n° 90-697 du 1er août 1990 et à la loi n° 2007-210 du 19 février 2007 est régie par le Code des assurances.

La gestion des prestations de protection juridique, telles que définies ci-après, est confiée par FILASSISTANCE au GIE CIVIS, 90 avenue de Flandre, 75019 Paris, immatriculé au RCS de PARIS, sous le n° 323 267 740.

Le Bénéficiaire peut solliciter FILASSISTANCE au titre de la Protection Juridique Santé en cas de Litige l'opposant à un Tiers, ayant pour cause directe et exclusive l'un des événements visés à l'article 1 ci-dessous.

Le GIE CIVIS assurera au profit du Bénéficiaire le traitement du dossier et conseillera, voire, accompagnera le Bénéficiaire dans ses démarches tendant à la recherche d'un règlement amiable voire contentieux du Litige.

FILASSISTANCE et le GIE CIVIS s'engagent à traiter le dossier dans le respect des procédures relatives au secret professionnel.

LA GARANTIE DE FILASSISTANCE S'EXERCE DANS LE CADRE DE TOUT LITIGE VISE AU 1 ET RELEVANT DE LA COMPETENCE TERRITORIALE ET MATERIELLE DES JURIDICTIONS FRANÇAISES.

1. LITIGES

L'objet de la garantie consiste en l'accompagnement dans un mode amiable de règlement des Litiges, y compris par tout mode de conciliation, et à l'exclusion de tout contentieux judiciaire, administratif ou disciplinaire précédant, concomitant ou postérieur à saisine d'une CRCI.

La garantie couvre le Bénéficiaire qui subit un Accident médical, une Affection iatrogène ou une Infection nosocomiale ayant entraîné un dommage grave au sens des articles L. 1142-1 et D. 1142-1 du code de la santé publique :

1. Soit un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) supérieur à 24%.
2. Soit une durée d'incapacité temporaire de travail (ITT) supérieure à 6 mois consécutifs ou à 6 mois non consécutifs sur une période d'un an.

A titre exceptionnel, le dommage est également réputé grave lorsqu'il répond aux critères suivants :

1. Soit une inaptitude définitive à exercer son activité professionnelle ;
2. Soit des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence.

La garantie couvre également le Bénéficiaire qui souhaite saisir la commission afin de conciliation lorsque l'Accident médical, l'Affection iatrogène ou l'Infection nosocomiale a entraîné un dommage ne présentant pas les seuils de gravité susmentionnés.

2. MONTANTS GARANTIS

FILASSISTANCE intervient pour tout sinistre à concurrence d'un plafond de dépenses fixé selon les modalités suivantes :

- Expertise préalable à la saisine de la CRCI 500 € TTC maximum par Litige
- Assistance d'un avocat 4000 € TTC maximum par Litige

3. DEFINITIONS

Pour l'application des garanties, on entend par :

ACCIDENT MEDICAL : Evènement indésirable subi par le Bénéficiaire survenu dans le cadre d'une activité de soins, de prévention ou de diagnostic dispensé par un professionnel de santé.

AFFECTION IATROGENE : Dommage qui a pour origine la mise en œuvre d'une thérapeutique quelle qu'elle soit : un acte de chirurgie, l'administration d'un médicament, l'utilisation d'un dispositif médical ou la mise en place d'une prothèse par exemple.

BENEFICIAIRE : L'Assuré ou son Conjoint, en cas de décès, leurs ayants-droit ou leurs enfants.

Le cas échéant, ses droits sont exercés par le représentant légal. Lorsque la personne est hors d'état de manifester sa volonté, privée de discernement, en cas de trouble de la conscience notamment, ses droits peuvent être exercés par ses ayants droits, son conjoint, son concubin ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité, voire par la personne de confiance valablement désignée par l'Assuré dans les conditions de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique.

Hors l'hypothèse de la demande adressée directement par l'Assuré, la mise en œuvre de la clause est expressément motivée par l'intérêt de l'Assuré ; à défaut l'assureur pourra refuser sa garantie.

CONFLIT D'INTERETS : Lorsque FILASSISTANCE ou le GIE CIVIS doit simultanément défendre les intérêts du Bénéficiaire et ceux d'un Tiers.

CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation chargée de faciliter le règlement amiable des Litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes (provoquées par un acte médical ou un médicament même en l'absence de faute du professionnel) et aux infections nosocomiales (contractées lors d'un séjour en établissement de santé ou en cabinet médical) ainsi que les autres Litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes producteurs de produits de santé.

DEPENS: Frais de justice entraînés par le procès, ne comprenant pas les honoraires d'avocat.

FRAIS IRREPETIBLES: Sommes exposées par une Partie dans une instance judiciaire, non comprises dans les dépens et compensées par une indemnité au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile ou de l'article 475-1 du Code de Procédure Pénale ou de l'article L 761-1 du Code de justice administrative.

INFECTION NOSOCOMIALE : Infection contractée lors d'un séjour dans un établissement de santé.

LITIGE : Situation conflictuelle causée par un événement préjudiciable opposant le Bénéficiaire à un (des) Tiers (professionnel de santé ou établissement de soins, organisme de Sécurité Sociale) ayant pour conséquence directe et exclusive l'un des événements visés aux paragraphes 1 et conduisant le Bénéficiaire à faire valoir un droit contesté.

MODE ALTERNATIF DE REGLEMENT DES DIFFERENDS (MARD) : Voie alternative de résolution amiable des Litiges regroupant la conciliation, la médiation et la procédure participative.

ONIAM : Office national d'indemnisation des Accidents médicaux, des Affections iatrogènes (provoquées par un acte médical ou un médicament même en l'absence de faute du professionnel) et des Infections nosocomiales (contractées lors d'un séjour en établissement de santé ou en cabinet médical) chargé de l'indemnisation au titre de la solidarité nationale.

PROFESSIONNEL DE SANTE : Médecin, chirurgien, sage-femme, dentiste, ostéopathe, chiropracteur, pharmacien et préparateur en pharmacie, auxiliaires médicaux, infirmier, masseur kinésithérapeute, électro-cardiologue ou diététicien.

TIERS (OU ADVERSAIRE) : Il s'agit de la personne physique ou morale à laquelle le Bénéficiaire est opposé dans le cadre du Litige et qui n'a pas la qualité de Bénéficiaire au titre de ce contrat. FILASSISTANCE (et son gestionnaire) et SWISSLIFE PREVOYANCE ET SANTE n'ont pas la qualité de Tiers dans le cadre de ce contrat.

4. MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE

Dans le cadre d'un Litige garanti, FILASSISTANCE et son gestionnaire interviennent aux côtés du Bénéficiaire afin de lui permettre de faire valoir ses droits et de prendre toutes mesures de nature à préserver ses intérêts légitimes. A cette fin et selon la formule retenue, FILASSISTANCE et son gestionnaire lui fournissent les prestations suivantes dans les limites mentionnées à l'article 2 :

- Avis et conseil sur les moyens juridiques les plus adaptés en vue d'une solution respectueuse de ses intérêts ;
- Assistance (ou représentation) du Bénéficiaire dans ses démarches amiables : FILASSISTANCE et son gestionnaire l'aident notamment à constituer son dossier, à rassembler les éléments de preuve, à formuler sa réclamation, à mener la négociation avec son adversaire en vue d'une solution amiable ;
- Si nécessaire, orientation vers tout expert et prise en charge de ses honoraires ;
- En cas d'échec de la voie amiable préalable, représentation des intérêts du Bénéficiaire par un avocat devant la juridiction compétente ou mode alternatif de règlement des différends (conformément à la loi de programmation de la Justice 2018-2022).

5. DECLARATION

Le Bénéficiaire doit déclarer auprès de la plate-forme téléphonique de FILASSISTANCE au numéro de téléphone mentionné à l'article A.1 ci-avant, tout sinistre susceptible d'ouvrir droit à garantie dans un délai de 60 jours à compter de sa connaissance sauf cas fortuit ou de force majeure et, en tout état de cause avant toute initiative de sa part.

A défaut, il sera déchu de son droit à garantie, sous réserve pour l'assureur d'établir qu'il a subi un préjudice du fait de ce retard conformément à l'article L.113-2 4° du Code des assurances.

Le Bénéficiaire communique immédiatement et ultérieurement, à la demande de FILASSISTANCE, toutes pièces, informations, justificatifs ou éléments de preuve nécessaires à la vérification des garanties, à la localisation du tiers, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution.

Les frais engagés avant cette déclaration sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ne seront pas pris en charge, à moins que le Bénéficiaire ne puisse justifier qu'une urgence légitimait leur engagement.

La demande du Bénéficiaire est enregistrée immédiatement, un numéro de dossier et les coordonnées du GIE CIVIS lui sont communiqués.

Le Bénéficiaire transmet au GIE CIVIS - SERVICE DÉCLARATION DE LITIGE, 90 avenue de Flandre, 75019 Paris ou giecivis@civis.fr - toutes pièces, informations, justificatifs ou éléments de preuve nécessaires à la vérification des garanties, à la localisation du tiers, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution.

6. GESTION DU DOSSIER

FILASSISTANCE confie la gestion du dossier du Bénéficiaire, sans préjudice des dispositions de l'article L.127-3 alinéa 2 du Code des Assurances, à son gestionnaire :

GIE CIVIS, 90 avenue de Flandre, 75019, PARIS.

Ce gestionnaire assurera au profit du Bénéficiaire la gestion du dossier et conseillera, voire, accompagnera le Bénéficiaire dans ses démarches tendant à la recherche d'un règlement du Litige.

FILASSISTANCE et le gestionnaire s'engagent à traiter le dossier dans le respect des procédures relatives au secret professionnel.

FILASSISTANCE proposera au Bénéficiaire de choisir librement l'avocat chargé de défendre ses intérêts. Par ailleurs, FILASSISTANCE pourra suite à la demande écrite du Bénéficiaire le mettre en relation avec l'un de ses avocats habituels.

a) Gestion amiable

FILASSISTANCE met en œuvre avec l'accord du Bénéficiaire toutes les interventions ou démarches tendant à permettre une issue amiable.

Si le Tiers est assisté d'un avocat, le Bénéficiaire devra également être assisté par un avocat.

Si une issue amiable ne peut être obtenue, le Bénéficiaire sera guidé soit vers :

- Un mode alternatif de règlement des différends (conformément à la loi de programmation de la Justice 2018-2022) ;
- Une procédure judiciaire, selon la nature et l'enjeu du Litige.

b) Procédure judiciaire

En cas de contentieux la direction du procès (maîtrise des directives ou des mesures pouvant s'avérer nécessaires durant la procédure) appartient au Bénéficiaire.

Dans tous les cas, le Bénéficiaire doit obtenir l'accord préalable de FILASSISTANCE sur la prise en charge des frais et honoraires liés aux actions ou voies de recours qu'il souhaite exercer afin de permettre à FILASSISTANCE, au travers de la communication de toutes pièces utiles, d'en examiner le bien-fondé et l'opportunité. Il en sera de même pour l'acceptation d'une transaction.

A défaut d'un tel accord préalable, les frais engagés resteront à la charge du Bénéficiaire.

7. CHOIX DE L'AVOCAT

Conformément à l'article L.127-3 du Code des Assurances, FILASSISTANCE s'engage à respecter le principe du libre choix de l'avocat auquel le Bénéficiaire souhaite confier la défense de ses intérêts.

Le Bénéficiaire pourra demander à FILASSISTANCE de lui communiquer les coordonnées d'un avocat.

8. DIRECTION DU PROCES

En cas de procédure contentieuse, le Bénéficiaire a la direction du procès.

FILASSISTANCE et son gestionnaire demeurent à sa disposition pour fournir l'une des prestations prévues au contrat.

En cas de désaccord de FILASSISTANCE notamment sur les choix procéduraux retenus par le Bénéficiaire, il sera fait application des règles exposées à l'article 10.

9. REMBOURSEMENT DES FRAIS ET HONORAIRES

FILASSISTANCE réglera directement les honoraires et frais des mandataires, à concurrence des montants indiqués dans le tableau de l'article 2 et tous autres frais nécessaires à la solution du Litige.

Il appartiendra de son côté au Bénéficiaire de verser toutes sommes, provisions ou cautions qui seraient éventuellement requises pour faire face à des charges non garanties.

Lorsque le Bénéficiaire a engagé des frais et honoraires garantis à l'article 2 dans le cadre d'un Litige, FILASSISTANCE s'engage à les lui rembourser dans les meilleurs délais dès réception des justificatifs correspondants.

S'agissant des frais et honoraires (dépens et frais irrépétibles de l'article 700 du Code de Procédure Civile, de l'article 475-1 du Code Procédure Pénale ou de l'article L.761-1 du Code de Justice Administrative) engagés par le Bénéficiaire et FILASSISTANCE dans le cadre du Litige et dont le remboursement est fixé par accord amiable ou décision de justice, la somme sera répartie comme suit :

- Le Bénéficiaire percevra la part des sommes allouées à ce titre nécessaire à la couverture des dépenses effectivement demeurrées à sa charge définitive ;
- Au-delà, FILASSISTANCE sera subrogée dans ses droits et actions à concurrence des dépenses de cette nature engagées par elle.

10. RESOLUTION DE CONFLITS

Conformément à l'article L.127-4 du Code des assurances, en cas de désaccord entre FILASSISTANCE et le Bénéficiaire au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, deux options s'offrent au Bénéficiaire :

- Soit, le Bénéficiaire désigne une tierce personne de son choix : nécessairement habilitée à donner des conseils juridiques, cette tierce personne aura pour mission de proposer les mesures à prendre pour régler le différend soumis à son appréciation. FILASSISTANCE s'engage à accepter la solution formulée par cette tierce personne pour régler le Litige. Les frais exposés dans le cadre du recours à la tierce personne sont à la charge de FILASSISTANCE dans la limite prévue à l'article 2 (cf. « Tierce Personne »).
- Soit, le Bénéficiaire engage à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par l'assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, FILASSISTANCE l'indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite du montant de la garantie. Lorsque la procédure visée au premier alinéa de cet article est mise en œuvre, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie d'assurance et que le Bénéficiaire est susceptible d'engager en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur.

11. EXCLUSIONS

Sont exclus de la présente garantie :

- **Les Litiges nés en dehors de la période couverte par le présent Contrat ;**
- **Les Litiges dont le fait générateur était connu du Bénéficiaire à la date d'adhésion et qui présentait à cette même date une forte probabilité de survenance ;**
- **Les Litiges survenus en raison de la faute intentionnelle ou de l'acte frauduleux du Bénéficiaire ;**
- **Les Litiges survenus en raison de la complicité du Bénéficiaire à un acte frauduleux ;**
- **Les Litiges ayant pour origine une atteinte aux biens du Bénéficiaire ;**
- **Les Litiges ayant pour origine une catastrophe naturelle ;**
- **Les Litiges ayant pour origine une guerre civile ou étrangère, une émeute, un mouvement populaire, une manifestation, un attentat, un acte de vandalisme, de sabotage ou de terrorisme ;**
- **Les Litiges consécutifs à un accident de la circulation au sens de la loi du 10 juillet 1985 ;**
- **Les Litiges consécutifs à l'usage par le Bénéficiaire de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ;**
- **Les Litiges ayant trait à l'indemnisation d'un risque sériel tel que l'hépatite C, la transfusion sanguine ;**
- **Les litiges consécutifs à un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique ;**
- **Les événements survenus du fait de la participation du Bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes, ou à leurs essais préparatoires ;**
- **Les Litiges résultant d'un abus de droit du Bénéficiaire ou les procédures ayant un caractère dilatoire ;**
- **Les amendes et sommes de toute nature que le Bénéficiaire serait condamné à payer à un Tiers ;**

- **Les Frais irrépétibles et Dépens du (des) adversaires qui sont mis à la charge du Bénéficiaire dans le cadre d'une transaction ou tout accord amiable ;**
- **Les honoraires de résultat.**

12. PAIEMENT DES INDEMNITES

Les indemnités obtenues par le Bénéficiaire en réparation du préjudice objet du Litige lui sont directement versées (ou versées à son représentant légal le cas échéant).

S'agissant des frais et honoraires (dépens et frais irrépétibles de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, de l'article 475-1 du Code Procédure Pénale ou de l'article L.761-1 du Code de Justice Administrative) engagés par le Bénéficiaire et FILASSISTANCE dans le cadre du Litige et dont le remboursement est fixé par décision de justice, la somme sera répartie comme indiqué à l'article 9.

13. CONFLIT D'INTERET

Conformément à l'article L127-3 du code des assurances, lorsqu'un Conflit d'intérêt survient entre FILASSISTANCE ou le GIE CIVIS et le Bénéficiaire, le Bénéficiaire a la possibilité de saisir l'avocat de son choix, pour défendre ses intérêts.

D. TABLEAU SYNOPTIQUE DES PRESTATIONS GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES AU BENEFICIAIRE DES L'ADHESION c	
INFORMATIONS SANTE D'ORDRE GENERAL	Informations téléphoniques
INFORMATIONS SPECIQUES A UNE PATHOLOGIE	Informations téléphoniques
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ABSENCE OU D'INDISPONIBILITE DU MEDECIN TRAITANT DU BENEFICIAIRE	
TELECONSULTATION	
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT DU BENEFICIAIRE AU DOMICILE	
TRANSFERT A L'HOPITAL ET RETOUR AU DOMICILE	1 aller/retour maximum par Evènement (pris en charge en complément des remboursements de la Sécurité sociale et des organismes de protection sociale complémentaire)
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS D'UN BENEFICIAIRE	
ACHEMINEMENT DES MEDICAMENTS	Avance des frais des médicaments
ENVOI D'UN MEDECIN	Prise en charge des frais de livraison
	Mise en relation
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES DU BENEFICIAIRE	
PLAN D'AIDE A LA CONVALESCENCE	Entretiens téléphoniques
GARDE OU TRANSFERT DES PETITS-ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS	
Garde à Domicile OU	10 heures par jour maximum pendant 2 jours maximum dans la limite de 150 € TTC par Evènement
Transfert des petits-enfants chez un proche OU	1 Titre de transport aller/retour
Venue d'un proche au Domicile OU	1 Titre de transport aller/retour
Accompagnement à l'école	10 aller/retour maximum à concurrence de 500 € TTC maximum pour l'ensemble des petits-enfants et dans un rayon de 25 Km maximum du Domicile du Bénéficiaire
GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS	
Garde à domicile OU	10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum dans la limite de 150 € TTC par Evènement
Transfert des ascendants chez un proche OU	1 Titre de transport
Venue d'un proche au Domicile	1 Titre de transport
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS OU D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES D'UN BENEFICIAIRE	
AIDE A DOMICILE	30 heures maximum par Evènement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le début de l'Hospitalisation ou la date de fin d'Hospitalisation ou pendant la période d'Immobilisation
ORGANISATION DE SOINS A DOMICILE (infirmière, auxiliaire de vie)	Organisation sans prise en charge
VOYAGE ET HEBERGEMENT D'UN PROCHE	1 Titre de transport
	2 nuits à l'hôtel maximum dans la limite de 160 €TTC par Evènement
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ATTEINTE CORPORELLE GRAVE	
INFORMATION RELATIVES A LA MALADIE ET AU HANDICAP	Informations téléphoniques
INFORMATIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DU HANDICAP	Informations téléphoniques
ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE	3 entretiens téléphoniques maximum par Evènement
ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL	Informations téléphoniques
AIDE A LA RECHERCHE ET MISE EN RELATION AVEC DES PRESTATAIRES DE SANTE, DE SERVICES D'AIDE A DOMICILE, D'ASSOCIATIONS	Mise en relation sans prise en charge
ACCOMPAGNEMENT DANS LES DEPLACEMENTS	150 € TTC par année civile
MISE EN RELATION AVEC LES CORPS DE METIER EN CHARGE DE L'AMENAGEMENT DU LOGEMENT OU DU VEHICULE	Mise en relation sans prise en charge
ACCOMPAGNEMENT BUDGETAIRE ET SOCIAL	Informations téléphoniques
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT DE CHIMIOTHERAPIE SUIVI PAR UN BENEFICIAIRE	
ORIENTATION VERS DES PRESTATAIRES SPECIALISES	Mise en relation sans prise en charge

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

ASSISTANCE INFORMATION OBSEQUES	Informations téléphoniques
AIDE A LA RECHERCHE D'UN OPERATEUR FUNERAIRE	Mise en relation sans prise en charge
AIDE A L'ORGANISATION DES OBSEQUES	Informations téléphoniques
AVANCE DE FONDS	1000 € maximum
PRESENCE D'UN PROCHE AUX OBSEQUES	1 Titre de transport
ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE	2 nuits maximum à l'hôtel dans la limite de 70 € TTC par nuit
AIDE A DOMICILE	3 entretiens téléphoniques maximum par Evènement
	20 heures maximum par Evènement réparties sur les 15 jours ouvrés consécutifs qui suivent le décès
GARDE DES PETITS ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS (Prestations à mettre en œuvre dans le mois qui suit le décès)	
Garde à domicile OU	10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum par Evènement
Transfert des petits-enfants chez un proche OU	1 Titre de transport
Venue d'un proche au Domicile OU	1 Titre de transport
Accompagnement à l'école	10 aller/retour maximum sur une semaine à concurrence de 500 € TTC maximum par Evènement pour l'ensemble des petits-enfants et dans un rayon de 25 Km maximum du Domicile du Bénéficiaire
GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS (Prestations à mettre en œuvre dans le mois qui suit le décès)	
Garde à domicile OU	10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum par Evènement
Transfert des ascendants chez un proche OU	1 Titre de transport
Venue d'un proche au Domicile	1 Titre de transport
AIDE A LA VENTE D'UN BIEN IMMOBILIER	Mise en relation avec les agences immobilières locales et notaires
ACCOMPAGNEMENT SOCIAL	Informations téléphoniques
	Accompagnement dans la rédaction de CV, de lettres de motivation, aide à la préparation des entretiens d'embauche et vérifie l'adéquation entre le cursus et le poste recherché.
BILAN DE SITUATION PROFESSIONNELLE ET AIDE A LA RECHERCHE D'EMPLOI	A mettre en place dans les 3 mois qui suivent le décès
ACCOMPAGNEMENT BUDGETAIRE ET SOCIAL	Informations téléphoniques

ASSISTANCE AU QUOTIDIEN

FEMME DE MENAGE, AIDE-MENAGERE	Mise en relation
COLLECTE ET LIVRAISON A DOMICILE DE LINGE REPASSE	Mise en relation
LIVRAISON DE REPAS A DOMICILE	Mise en relation
PREPARATION DE REPAS A DOMICILE	Mise en relation
ASSISTANCE INFORMATIQUE ET INTERNET : INITIATION ET FORMATION	Mise en relation
LIVRAISON DE COURSES A DOMICILE	Mise en relation
PETITS TRAVAUX DE JARDINAGE Y COMPRIS LES TRAVAUX DE DEBROUSSAILLAGE	Mise en relation
PETIT BRICOLAGE	Mise en relation
COURS A DOMICILE	Mise en relation
ASSISTANCE ADMINISTRATIVE	Mise en relation
SURVEILLANCE TEMPORAIRE AU DOMICILE, DE LA RESIDENCE PRINCIPALE ET SECONDAIRE	Mise en relation
GARDE D'ENFANT A DOMICILE	Mise en relation
SOUTIEN SCOLAIRE OU COURS A DOMICILE	
Soutien scolaire	Mise en relation
Cours à Domicile	Mise en relation
ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS DANS LEURS DEPLACEMENTS EN DEHORS DE LEUR DOMICILE	Mise en relation
ASSISTANCE AUX PERSONNES AGEES OU DEPENDANTES OU AUX AUTRES PERSONNES QUI ONT BESOIN D'UNE AIDE PERSONNELLE A LEUR DOMICILE	Mise en relation
ASSISTANCE AUX PERSONNES HANDICAPEES	Mise en relation
GARDE MALADE DE PERSONNES AGEES, DEPENDANTES OU HANDICAPEES	Mise en relation

AIDE A LA MOBILITE ET TRANSPORTS DE PERSONNES AGEES, DEPENDANTES OU HANDICAPEES AYANT DES DIFFICULTES DE DEPLACEMENT	Mise en relation
CONDUITE DU VEHICULE PERSONNEL DES PERSONNES DEPENDANTES, DU DOMICILE AU TRAVAIL, SUR LES LIEUX DE VACANCES, POUR LES DEMARCHES ADMINISTRATIVES	Mise en relation
ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES OU HANDICAPEES DANS LEURS DEPLACEMENTS EN DEHORS DE LEUR DOMICILE	Mise en relation
SOINS ET PROMENADES DES ANIMAUX DE COMPAGNIE, POUR LES PERSONNES DEPENDANTES	Mise en relation
SOINS D'ESTHETIQUE A DOMICILE POUR LES PERSONNES DEPENDANTES	Mise en relation

ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE DEPENDANCE D'UN PROCHE PARENT : « L'AIDE AUX AIDANTS »

SERVICE DE RENSEIGNEMENT SUR LA DEPENDANCE	Informations téléphoniques
BILAN PREVENTION DEPENDANCE	Entretiens téléphoniques
BILAN PREVENTION MEMOIRE	Entretiens téléphoniques
SERVICE SOUTIEN DE LA MEMOIRE	Entretiens téléphoniques
BILAN PREVENTION ET ACCOMPAGNEMENT DE L'INCONTINENCE	Entretiens téléphoniques
BILAN 360°	Entretiens téléphoniques
BILAN DE L'HABITAT	Venue d'un ergothérapeute : 460 € TTC maximum /1 fois par adhésion
ACCOMPAGNEMENT DANS LES DEMARCHES ADMINISTRATIVES	Entretiens téléphoniques
FORMATION DE L'AIDANT	Frais réels /1 fois par adhésion
AIDE A LA CONSTITUTION DE DOSSIER	Entretiens téléphoniques
RECHERCHE D'ETABLISSEMENTS SPECIALISES	Mise en relation
RECHERCHE D'ETABLISSEMENTS TEMPORAIRES	Mise en relation
ASSISTANCE DEMENAGEMENT	Mise en relation
ECOUTE ET AIDE A LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE	Entretiens téléphoniques
SERVICES D'ASSISTANCE A LA CARTE	Mise en relation
MISE EN RELATION AVEC LES CORPS DE METIER EN CHARGE DE L'AMENAGEMENT DU LOGEMENT	Mise en relation
PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET DE L'AIDE OU GARDE MALADE (<i>En cas d'Hospitalisation supérieure à 10 jours de l'Aidant</i>)	1 Titre de transport
Venue d'un proche OU	Frais d'hôtel à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit dans la limite de 200 € TTC par Evènement
Garde malade	10 heures maximum par Evènement réparties pendant les 5 jours consécutifs qui suivent le retour au Domicile

REPIT DE L'AIDANT

ENVELOPPE DE SERVICES	
Recherche et prise en charge d'une place en établissement temporaire	
Accompagnement du Proche parent aidé	500 € TTC maximum par année civile
Venue d'un visiteur au Domicile du Proche parent aidé	
Assistance aux Animaux de compagnie	
EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE SUPERIEURE A 24 HEURES DU PROCHE PARENT AIDE	
Retour anticipé de l'Aidant	1 Titre de transport maximum par année civile

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES DE L'AIDANT

Accompagnement médico-social	Entretiens téléphoniques
Garde du Proche parent aidé au Domicile	
Venue d'un proche OU	1 Titre de transport
	Frais d'hébergement : 100 € TTC maximum par nuit dans la limite de 300 € TTC par Evènement (Les frais de nourriture et annexes sont exclus)
Garde à Domicile du Proche parent aidé	15 heures maximum par Evènement réparties pendant les 5 jours qui suivent le décès de l'Aidant

ASSISTANCE EN CAS DE VOYAGE ET DEPLACEMENT EN FRANCE OU A L'ETRANGER

Sauf stipulation contraire, les garanties d'assistance Déplacement s'appliquent en cas d'Accident, de Maladie ou décès du Bénéficiaire survenu lors d'un déplacement à titre privé ou professionnel et pour tout séjour d'une durée inférieure à 60 jours consécutifs dans un même pays, s'il s'agit d'un déplacement à l'Etranger.

RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE DU BENEFICIAIRE MALADE OU BLESSE	Frais réels 153 € TTC maximum pour les frais d'évacuation piste de ski (à l'exclusion des frais de recherche)
IMMOBILISATION A L'HOTEL	Dans la limite de 100 € par nuit (petits déjeuners inclus) pendant 7 nuits maximum
MISE A DISPOSITION D'UN BILLET POUR ACCOMPAGNER LE BENEFICIAIRE LORS DE SON RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE	1 Titre de transport
RAPATRIEMENT DES MEMBRES DE LA FAMILLE	Prise en charge du retour du Conjoint, descendants directs voyageant avec le Bénéficiaire malade, blessé ou décédé
RETOUR EN CAS DE DECES D'UN PROCHE PARENT	1 Titre de transport
RETOUR EN CAS D'ACCIDENT D'UN PROCHE PARENT	1 Titre de transport
PRESENCE AUPRES DU BENEFICIAIRE (en cas d'Hospitalisation sur place de plus de 10 jours)	1 Titre de transport 100 € maximum par nuit (petits déjeuners inclus) pendant 10 nuits maximum dans la limite de 700 € TTC par Evènement
RAPATRIEMENT DU CORPS	Frais réels Coût du cercueil à concurrence de 763 € TTC maximum 1 Titre de transport pour un membre de la famille Frais d'hébergement à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit dans la limite de 700 € TTC par Evènement
ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 15 ANS	1 Titre de transport
RAPATRIEMENT DES ANIMAUX DE COMPAGNIE (A L'ETRANGER UNIQUEMENT)	1 Titre de transport Frais d'hébergement dans la Zone de résidence du Bénéficiaire dans la limite de 320 € TTC maximum pour l'ensemble des Animaux de compagnie et par Evènement
IMPOSSIBILITE DE CONDUIRE	1 Titre de transport au profit d'un proche qui peut conduire le véhicule
AVANCE DES FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER UNIQUEMENT	8 000 € TTC maximum par Evènement
REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DES FRAIS MEDICAUX, CHIRURGICAUX, PHARMACEUTIQUES, D'HOSPITALISATION A L'ETRANGER UNIQUEMENT	
Soins dentaires d'urgence	153 € TTC maximum par Evènement sous déduction d'une franchise de 16 € TTC
Autres frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'Hospitalisation	8 000 € TTC maximum par Evènement sous déduction d'une franchise de 16 € TTC
<i>(La prise en charge des frais est réalisée en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale, la mutuelle ou tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance santé)</i>	
ENVOI DES MEDICAMENTS INTROUVABLES SUR PLACE	Prise en charge des frais d'expédition
TRANSMISSION DES MESSAGES	

ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER

Sauf stipulation contraire, les garanties d'assistance juridique à l'Etranger s'appliquent lorsque l'Evènement ouvrant droit à la garantie survient lors d'un déplacement à titre privé ou professionnel et pour tout séjour d'une durée inférieur à 60 jours consécutifs dans un même pays.

HONORAIRES D'AVOCAT	763 € TTC maximum par Evènement
---------------------	---------------------------------

CAUTION PENALE	
----------------	--

(Les prestations Honoraires d'avocats et Caution pénale sont acquises en

<i>cas de poursuites judiciaires consécutives à une violation non intentionnelle par le Bénéficiaire de la législation du pays Etranger)</i>	7 623 € TTC maximum par Evènement
--	-----------------------------------

PROTECTION JURIDIQUE

EXPERTISE PREALABLE A LA SAISINE DE LA CRCI	500 € TTC maximum
---	-------------------

ASSISTANCE D'UN AVOCAT	4000 € TTC maximum
------------------------	--------------------

**FILASSISTANCE INTERNATIONAL**

Société Anonyme au capital de 4 100 000 €

433 012 689 RCS NANTERRE

Siège social : 108 Bureaux de la Colline,

92213 SAINT-CLOUD Cedex

Entreprise régie par le Code des Assurances