

SWISS AUTONOMIE

L'assurance Dépendance

Notice d'information

Swiss autonomie vous assure une autonomie financière en cas de dépendance.

Vous avez la possibilité de choisir entre plusieurs formules de garantie.

A la garantie principale qui couvre la dépendance totale et vous assure le versement d'une rente, vous pouvez associer 2 options, la garantie de la dépendance partielle et le capital "1^{ères} dépenses".

Avec Swiss autonomie vous bénéficiez en plus, quelle que soit la formule choisie, de services d'assistance et de conseils pratiques spécifiques.

I. Qu'est ce que la dépendance ?

La dépendance est la perte d'autonomie physique qui rend l'assuré définitivement incapable d'effectuer seul les actes élémentaires de la vie courante, dans les conditions définies au II. Les actes élémentaires de la vie courante sont : se laver, s'habiller, se déplacer, s'alimenter.

Qu'est ce que l'incapacité totale à accomplir un acte ?

L'assuré est considéré être dans l'incapacité totale d'accomplir un acte lorsqu'en dépit du recours à des équipements adaptés ou appareillages médicaux, il dépend entièrement de l'assistance d'une tierce personne pour :

- se laver : c'est à dire faire tous les actes de sa toilette nécessaires à maintenir un niveau d'hygiène correct
- s'alimenter : c'est à dire prendre ses repas préparés et servis à table
- s'habiller : c'est à dire se vêtir et se dévêtir
- se déplacer, dans le lieu de résidence habituel.

II. Garanties

A. Rente dépendance totale

La rente est attribuée dans sa totalité lorsque l'assuré :

- ➔ se trouve dans l'une des deux situations suivantes :

1. L'assuré est dans l'incapacité physique totale et permanente, médicalement constatée, d'accomplir seul au moins 3 des 4 actes élémentaires de la vie courante : se laver, s'alimenter, s'habiller, se déplacer.

2. L'assuré est atteint de démence sénile invalidante médicalement constatée ou de la maladie d'Alzheimer médicalement constatée après examen des résultats de tests psychotechniques (score supérieur ou égal à 15 sur l'échelle A du test de Blessed).

- ➔ et que son état justifie d'une manière constante et définitive :

- l'assistance d'une tierce personne, complétant les services de soins à domicile pris en charge par le régime d'assurance maladie de l'assuré ou,
- l'hospitalisation dans un centre de long séjour prise en charge par le régime d'assurance maladie de l'assuré ou,
- l'hébergement en section de cure médicale pris en charge par le régime d'assurance maladie de l'assuré.

B. Rente dépendance partielle

L'assuré a la possibilité de choisir cette couverture complémentaire qui lui permet de bénéficier d'une rente égale à 50% de la rente dépendance totale.

Elle est versée à l'assuré :

- ➔ lorsqu'il se trouve dans l'incapacité physique, totale et permanente, médicalement constatée d'effectuer seul 2 des 4 actes élémentaires de la vie courante tels que définis précédemment.

- ➔ et que son état justifie d'une manière constante et définitive :

- l'assistance d'une tierce personne, complétant les services de soins à domicile pris en charge par le régime

d'assurance maladie de l'assuré ou,

- l'hospitalisation dans un centre de long séjour prise en charge par le régime d'assurance maladie de l'assuré ou,
- l'hébergement en section de cure médicale pris en charge par le régime d'assurance maladie de l'assuré.

C. Capital "1^{ères} dépenses"

Un capital égal à 6 fois le montant de la rente choisie en cas de dépendance totale sera versé à l'assuré en cas de dépendance totale ou partielle garantie par le contrat.

En l'absence de dépendance, ce capital sera versé au(x) bénéficiaire(s) désignés, en cas de décès accidentel de l'assuré avant l'âge de 80 ans.

Le choix des garanties s'opère à la souscription et présente un caractère définitif.

III. Fonctionnement du contrat

A. Entrée en vigueur des garanties

Les garanties du contrat sont acquises :

- immédiatement pour les accidents
- après un délai d'attente décompté à partir de la prise d'effet de la garantie de :
 - 3 ans pour les cas de démence sénile invalidante et maladie d'Alzheimer tels que définis en II,
 - 1 an pour les autres maladies.

Ces délais d'attente s'appliquent dans les mêmes conditions aux montants de rente supplémentaires éventuellement souhaités.

Tout état de dépendance consécutif à une maladie et survenant au cours du délai d'attente ne sera jamais garanti et ne donnera lieu à aucune indemnisation. Les cotisations versées seront restituées, sauf en cas de décès.

B. Durée

Le contrat prend effet à la date indiquée aux dispositions personnelles, pour une durée annuelle. A l'expiration de chaque période annuelle, il se renouvelle par tacite reconduction.

C. Fin de la garantie

Le souscripteur peut dénoncer le contrat à son échéance anniversaire moyennant un préavis de 2 mois :

- soit par lettre recommandée directement auprès du Siège social de la Société ou auprès du représentant désigné de cette dernière,
- soit en effectuant une déclaration contre récépissé au Siège social ou chez le représentant désigné de l'assureur,
- soit par acte extra judiciaire.

La Société suisse santé ne peut pas mettre fin au contrat de l'assuré sauf en cas de non paiement des cotisations et sous réserve des conséquences de la fausse déclaration faite à la souscription (articles L113-8 et L113-9 du code des assurances).

La résiliation du contrat (par le souscripteur ou l'assureur) entraîne la perte de(s) garantie(s) et présente un caractère définitif.

Les cotisations versées demeurent acquises à la Société suisse santé.

IV. Conditions d'accès

L'admission à l'assurance est subordonnée à la transmission d'une demande de souscription, d'un questionnaire de santé, au paiement de la première cotisation et à l'acceptation de la souscription par la Société suisse santé. Les assurés doivent répondre à toute demande de renseignements complémentaires sur la nature et l'origine d'une maladie ou d'un accident.

V. Déclarations inexactes ou incomplètes

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues par les articles L113.8 et L113.9 du Code des Assurances.

VI. Risques exclus

Sont exclues de la garantie les conséquences :

- des accidents ou maladies non déclarés à la souscription dont la première constatation est antérieure à la prise d'effet du contrat
- des maladies ou mutilations résultant d'un fait intentionnel de l'assuré, d'une tentative de suicide, de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement, ou de l'alcoolisme
- du refus d'accepter les pratiques thérapeutiques adéquates jugées indispensables par le corps médical
- des maladies neurodépressives
- des blessures ou lésions provenant de guerre civile ou étrangère
- des explosions et radiations atomiques.

VII. Territorialité

Les garanties sont uniquement acquises en France métropolitaine et en Principauté de Monaco.

VIII. Cotisations

A. Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation est fonction de l'âge de l'assuré à la

souscription du contrat et des garanties choisies.

B. Paiement de la cotisation

Les cotisations se paient annuellement et d'avance au Siège de l'assureur ou au domicile de son représentant. L'assureur peut accepter des paiements mensuels par prélèvement automatique, semestriels ou trimestriels.

C. Non paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation

Le souscripteur dispose d'un délai de 10 jours suivant la date d'échéance pour s'acquitter de sa cotisation.

A défaut du paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son exigibilité, la garantie pourra être suspendue trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure. Si la cotisation n'a pas été réglée dans les 10 jours suivant l'expiration de ce délai de 30 jours, le contrat est résilié de plein droit, sauf dans le cas prévu au § suivant.

D. Suspension du paiement

En cas d'arrêt de paiement des cotisations, sous réserve du paiement effectif de la cotisation pendant au moins une période de 8 ans, les garanties de rente sont accordées pour un montant réduit. Le montant de la rente réduite sera fonction de l'âge de l'assuré à la souscription, et du nombre d'années de cotisations versées à la date de suspension du paiement.

E. Exonération du paiement des cotisations

L'assuré est exonéré du paiement de la cotisation à la date de reconnaissance de l'état de dépendance totale ou partielle selon la garantie choisie.

F. Fonds de stabilité et de revalorisation

Il est créé un fond de stabilité et un fond de revalorisation dans lesquels est versée une partie des bénéfices techniques des contrats de même type.

Les fonds sont respectivement

destinés à :

- assurer la pérennité du produit Swiss autonomie
- financer la revalorisation prévue à l'article IX.B.

G. Révision de la cotisation

Compte tenu de l'évolution des données générales relatives au risque de dépendance, le barème des cotisations applicables aux personnes déjà assurées pourra être révisé par l'assureur en cas de déséquilibre des résultats techniques ou d'insuffisance du fonds de stabilité.

Néanmoins, les cotisations sont garanties pour chaque assuré pour une durée de 10 ans.

Cette garantie de tarif est accordée sous réserve d'absence de modification de la législation fiscale ou sociale ou du code des assurances qui auraient une influence sur le niveau des cotisations.

Au terme de cette durée de 10 ans, les cotisations pourront être revues à la hausse. Ces augmentations de cotisations ne pourront excéder 10% par an.

L'assuré a la possibilité de réduire ses garanties ou de résilier son contrat par lettre recommandée dans les 15 jours où il a eu connaissance de la modification du tarif ; la résiliation prend effet un mois après la demande.

IX. Durée et service de la prestation

A. Service de la rente

L'indemnisation débute à l'issue d'une franchise de 90 jours, sous réserve de reconnaissance par la Société suisse santé de l'état de dépendance.

Cette franchise court à compter du jour où la Société suisse santé réceptionne la dernière demande de prestation de l'assuré.

Le terme de "dernière demande" s'entend dans la situation ci-après : lorsque l'assuré a effectué une demande de prestation et que celle-ci n'a pu être retenue (dépendance non encore survenue au sens du présent contrat), il pourra faire une nouvelle demande si son état de santé a évolué.

B. Revalorisation des rentes en cours

Les rentes en cours de paiement sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite des cadres (AGIRC), dans les limites des disponibilités financières du fonds de revalorisation prévu à cet effet.

X. Services d'assistance et conseils pratiques

Ces prestations sont assurées par GARANTIE ASSISTANCE (Siège Social : 38 rue de La Bruyère - 75009 PARIS).

Toute demande d'assistance doit, sous peine d'irrecevabilité, être formulée directement auprès des services de GARANTIE ASSISTANCE par tous moyens (téléphone, télex, télégramme ou envois postaux).

A. Garanties

• dès la souscription :

- le service assistance, de 9 h à 21 h du lundi au samedi, vous aide dans vos démarches administratives et vous informe de vos droits
- service dépannage
- assistance en cas d'hospitalisation de plus de 48h

• en cas de dépendance :

- le service maintien à domicile étudie à votre demande les coûts et modalités d'adaptation de votre logement.
- en cas de besoin, vous bénéficiez d'une assistance psychologique

B. Engagement financier de GARANTIE ASSISTANCE

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances prévues au contrat ne peut donner lieu à remboursement que si GARANTIE ASSISTANCE a été prévenue de cette procédure et a donné son accord exprès en communiquant au bénéficiaire un numéro de dossier. Dans ce cas, les frais seront remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par GARANTIE ASSISTANCE si elle avait elle-même organisé le service.