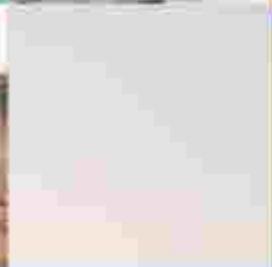




Henner Privilèges Santé

NOTICE
D'INFORMATION



Chaque jour à vos côtés

SOMMAIRE

PRÉAMBULE

CHAPITRE 1 : LEXIQUE	4
CHAPITRE 2 : LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION	6
CHAPITRE 3 : LES GARANTIES	12
CHAPITRE 4 : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE	13
CHAPITRE 5 : LE RÉGLEMENT DES PRESTATIONS	14

L'ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

1. CADRE DES GARANTIES	16
2. GÉNÉRALITÉS	16
3. DÉTAIL DES PRESTATIONS GARANTIES	20

L'ASSISTANCE JURIDIQUE

ARTICLE 1 - LES DÉFINITIONS	23
ARTICLE 2 - CE QUE VOUS APPORTE VOTRE CONTRAT	23
ARTICLE 3 - CE QUI RESTE EN DEHORS DE VOTRE CONTRAT	23
ARTICLE 4 - LES BÉNÉFICIAIRES DE VOTRE CONTRAT	23
ARTICLE 5 - LA VALIDITÉ DE VOTRE CONTRAT	23
ARTICLE 6 - LA SUBRÔGATION	23
ARTICLE 7 - LA RÉSILIATION	23
ARTICLE 8 - VOTRE PRIME	23
ARTICLE 9 - QUE FAIRE EN CAS DE BESOIN D'ASSISTANCE JURIDIQUE ?	23
ARTICLE 10 - LA DÉCLARATION DE SINISTRE	23
ARTICLE 11 - NOS INTERVENTIONS	23
ARTICLE 12 - PLAFONDS, FRANCHISE ET SEUIL D'INTERVENTION EN EUROS	24
ARTICLE 13 - LA PRESCRIPTION	24
ARTICLE 14 - LES EXCLUSIONS	24
ARTICLE 15 - L'ARBITRAGE (ARTICLE L127-4 DU CODE DES ASSURANCES)	24

GARANTIE OBSEQUES

PRÉAMBULE	25
GARANTIE OBSEQUES	25
PRESTATIONS D'ASSISTANCE	28

CAPITAL ACCIDENT

PRÉAMBULE	34
CHAPITRE 1 : LEXIQUE	34
CHAPITRE 2 : LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION	35
CHAPITRE 3 : LES GARANTIES	40
CHAPITRE 4 : CE QUI N'EST PAS GARANTI	41
CHAPITRE 5 : COMMENT OBTENIR LE RÉGLEMENT DES PRESTATIONS ?	42

PRÉAMBULE

I. Le produit – Le contrat

PRIVILÈGES 10 est une convention d'assurance comportant à titre principal une couverture 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. Ces garanties font l'objet de la présente notice d'information relative aux contrats souscrits sous les numéros A 7053 0001/0002/0003.

Elle prévoit également à titre accessoire des garanties en matière d'Assistance vie quotidienne, une Protection juridique ainsi qu'une garantie optionnelle Accident prévoyant le versement du capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentel qui font l'objet de notices d'information séparées jointes figurant en annexe du présent document. Les noms des assureurs de ces garanties sont mentionnés dans les notices d'information respectives.

Les différentes formules de la garantie principale du produit **PRIVILÈGES 10**, objet de la présente notice sont souscrites 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.

Ci-après désigné l'Assureur ou SWISSLIFE

Par :

Garantie Médicale et Chirurgicale (GMC) Association loi 1901

Siège social : 14 Bd du Gal Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine

Ci-après désignée l'Association

Le contrat **PRIVILÈGES 10** a été développé et négocié par HENNER, qui en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial.

HENNER

SAS de gestion et de courtage d'assurances au capital

de 8.212.500 euros

Siège social : 14 Bd du Gal Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine

RCS Nanterre n° 323 377 739

Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n° 07.002.039

L'association GMC 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 **PRIVILÈGES 10** est régi par le Code des assurances français.

Le contrat **PRIVILÈGES 10** entre l'Association GMC et l'assureur prend effet le 01/04/2021, et se renouvelle par tacite reconduction le 1er 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 N° - PRIVILEGES 10 - 03/2021

la poste faisant foi.

Selon les termes de délégations de gestion distinctes émises dans le cadre du Contrat **PRIVILÈGES 10**, l'assureur a confié la gestion des adhésions à :

HENNER

SAS de gestion et de courtage d'assurances au capital

de 8.212.500 euros

Siège social : 14 Bd du Gal Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine

RCS Nanterre n° 323 377 739

Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de

l'ORIAS sous le n° 07.002.039

désigné ci-après « le délégataire » ou « HENNER ».

Le délégataire, dans le cadre de la Délégation de gestion des adhésions qui lui est consentie par l'Assureur, apprécie tous les risques, délivre tous certificats, reçoit tous avis et communications, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées.

II. 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 choisies. 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 retenues.
 - 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).

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 adhérent à l'Association GMC et au contrat, signant le bulletin d'adhésion. Elle est désignée au certificat d'adhésion.

Adhésion à distance

Lorsque l'adhésion au contrat PRIVILEGES 10 est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance.

Assuré(s) ou Ayants droit

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) aux certificats 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'assurante 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.

Certificat d'Adhésion

Document émis par HENNER 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 d'effet de la garantie, la formule de garantie retenue, 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).

Conjoint

On entend par conjoint :

- 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 anniversaire de l'adhésion

Date qui correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion (jour, mois, année).

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. Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

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, pendant toute la durée de l'adhésion. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion.

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 chaque année à la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion.

Enfants

Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou à celle de votre conjoint. La garantie cesse à leur égard, au plus tard à la fin de l'année suivant leur 18^{ème} anniversaire. A compter de ses 18 ans, à la demande de l'adhérent, l'enfant toujours à charge de ses parents au sens fiscal peut continuer à être assuré moyennant l'acquiescement d'une cotisation adulte. 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 Outre-mer.

Forfait annuel

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.

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1^{er} 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.

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.

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.

Maternité

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse (sauf interruption volontaire de grossesse), l'accouchement, les suites de couche ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

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).

Nous

Désigne l'assureur mentionné au certificat d'adhésion.

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 6^{ème} 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 annuel de remboursement

Seuil limite annuel de la prise en charge de l'assureur d'une dépense pour un type d'acte. Le plafond s'entend par année d'assurance, et ne peut être ni reporté ni cumulé d'une année sur

l'autre.

Période de garantie

Elle correspond à la période pendant laquelle les garanties du contrat vous sont acquises. Elle débute à la prise d'effet de votre affiliation et cesse à la date de résiliation de votre 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, sévrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

Sinistre

L'évènement, 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.

Vous

Désigne l'adhérent.

CHAPITRE 2 : LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

2.1 Les personnes assurées

Pour bénéficier des garanties vous devez :

- adhérer à l'Association GMC,
- résider en France,
- être majeur civilement responsable,
- être âgé à l'adhésion d'au moins 18 ans et de moins de 66 ans,

En cas de non-respect de ces dispositions, vous vous exposez à ce que la nullité de votre adhésion au contrat **PRIVILÈGES 10** soit prononcée.

Peuvent également être assurés au titre de votre adhésion, votre conjoint et vos 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, vous devez 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 HENNER.

Vous vous engagez à déclarer à l'Assureur toute modification relative à votre situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle vous recevez votre 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 minimal d'adhésion lors de la prise d'effet des garanties quelle que soit la formule de garantie retenue avec son éventuel renfort : **18 ans.**

Rappel : Pour la détermination de l'âge de l'assuré, nous prenons celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

2.4 Vos déclarations

2.4.1 À l'adhésion

L'adhésion est établie d'après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence.

Vous devez répondre à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la proposition d'assurance.

Vous devez déclarer les garanties de même nature souscrites par vous 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'Assuré doit informer l'Assureur de tout changement de situation, et notamment :

- tout changement de la composition de la famille (naissance, mariage, 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 adressé à HENNER, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

2.4.3 La validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à HENNER par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire HENNER 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 et renforts à votre choix.

Au moment de l'adhésion, vous avez la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à votre situation. Votre choix devra être reporté sur votre bulletin individuel d'adhésion et vaudra tant pour vous-même que pour vos ayants droit inscrits au contrat.

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 HENNER.

L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par l'émission de votre 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 sera indiquée sur votre 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 sous réserve du paiement de la première cotisation (ou fraction de cotisation en cas de paiement échelonné), et 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 sauf pour la Formule HOSPI seule qui comporte un délai d'attente de 1 mois.

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

Votre 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 des soins se rapportant à cette période.

2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat

2.9.1. Par l'Adhérent

Vous pouvez résilier votre adhésion :

- A la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois. A compter du 1er décembre 2020, vous avez la possibilité de mettre un terme à votre adhésion au contrat **PRIVILÈGES 10** 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.

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'Assuré 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 la résidence principale en dehors de France ;
- 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 l'un des renforts est retenu en option, 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

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

Adresse postale :

HENNER - 14 Bd du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine

Adresse courrier électronique : sante.individuels.bo@henner.fr

La résiliation de l'adhésion à notre initiative, via HENNER, doit vous être notifiée par lettre recommandée à votre dernier domicile connu.

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

Démarchage à domicile

Définition

« 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 NI - PRIVILEGES 10 - 09/2021

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. »

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 certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser à HENNER 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 :

HENNER - 14 Bd du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine

Email : sante.individuels.bo@henner.fr

Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (nom et prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat PRIVILEGES 10 N° (numéro d'adhésion) que j'ai signé(e) le (date).

(Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

(Indiquez le lieu, la date et votre signature).

Perte de la faculté de renonciation

Si l'adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.

Conséquences de la renonciation

La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception.

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.

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.

Articles du Code des assureurs

L. 112-9 du Code des assurances.

Vente à distance

Définition

« 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 certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser à HENNER 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 :

HENNER - 14 Bd du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine

Email : sante.individuels.bo@henner.fr

Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (nom et prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat **PRIVILÈGES 10 N°** (numéro d'adhésion) que j'ai signé(e) le (date).

(Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

(Indiquez le lieu, la date et votre signature).

Conséquences de la renonciation

Si l'adhérent a demandé l'exécution de son adhésion dès la 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.

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.

Articles du Code des assureurs

L. 112-2-1 du Code des assurances

2.11 Les cotisations

2.11.1 Le montant des cotisations

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie et des renforts choisis, de l'âge des assurés, du lieu de votre domicile, de la composition familiale et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des Régimes obligatoires dont vous et vos bénéficiaires relevez.

• En cours d'adhésion :

Indépendamment des éléments indiqués aux paragraphes suivants, les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel :

- de 2 % jusqu'à l'âge de 54 ans ;

- de 3 % de 55 à 75 ans ;

- de 3,5 % au-delà de 76 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 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 18 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 votre Régime obligatoire et / ou toutes modifications législatives et

NI - PRIVILEGES 10 - 09/2021

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, vous aurez la faculté de résilier votre 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. Nous pouvons 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

Conformément à l'article L 113-3 du Code des assurances, l'assureur peut actionner une procédure de résiliation visée à l'article

2.10 La résiliation de l'adhésion au contrat en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

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.

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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2^e 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 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.

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.

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.

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 re-produits 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 annuités 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

La réclamation

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel.

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations aux adresses suivantes :

Adresse postale :
 Groupe Henner
 À l'attention du Service Qualité
 Héron Parc – 40, rue de la Vague
 59650 Villeneuve d'Ascq

Email : cellulereclamation@henner.fr

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

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 Henner 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.

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

La relation entre HENNER 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 conjointement par SWISS LIFE et HENNER 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"> • Gestion des demandes d'exercice de droit 	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement est nécessaire au respect d'une obligations légale à laquelle le responsable de traitement est soumis
<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.
---	---

<ul style="list-style-type: none"> Administration technique des sites et applications Gestion des accès, de la sécurité, de la maintenabilité, des évolutions des sites et applications gestion des cookies 	<ul style="list-style-type: none"> Intérêt légitime d'Henner de s'assurer de la disponibilité et du bon fonctionnement de ses sites et applications Consentement pour l'utilisation de certains cookies
--	---

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.

Les données personnelles des Adhérents et des Assurés sont également traitées par HENNER en sa qualité de Responsable de traitement pour les finalités suivantes, 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 : Amélioration de la qualité des services et de la relation avec les affiliés	
<ul style="list-style-type: none"> Ecoute et enregistrement des conversations téléphoniques à des fins de formation, d'évaluation ou d'amélioration de la qualité de nos services Réalisation d'enquêtes de satisfaction Etudes statistiques et commerciales 	<p>Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'Entreprise et les affiliés(s) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de ces derniers.</p>
Finalité 2 : Gestion des sites et applications (Espace Client)	

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 son plein gré, des données à caractère personnel relatives aux Assurés Ayants droit des garanties. L'Adhérent reconnaît et s'engage pleinement à informer les Assurés Ayants droit des présentes conditions relatives aux traitements de données à caractère personnel, notamment en portant à leur connaissance la présente Notice d'information ou la Charte RGPD Assuré qui leur sera remise par le Délégué lors de l'adhésion au Contrat.

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 appartiennent SWISS LIFE ou HENNER 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'envoi de courriers, etc.) agissant sur strictes instructions des responsables de traitement conjoints, aux réassureurs intervenant dans le cadre des garanties du présent Contrat (ayant-droit, bénéficiaire, adhérent, souscripteur), 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 HENNER 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 : HENNER – DPO – Conformité/Relation assureurs – 14 Boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@henner.com. Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil de HENNER.

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 Courtier et délégataire de gestion HENNER, par courrier postal à l'adresse suivante : HENNER - 14 bd du Général Leclerc – 92 200 Neuilly-sur-Seine ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@henner.com.

3.1 Le cadre juridique

Les garanties **FORMULE 1**, **FORMULE 2**, **FORMULE 3** ainsi que **Renfort 1** et **Renfort 2**, s'ils sont retenus dans le cadre de l'une de ces 3 formules, sont qualifiées de **solidaires et responsables** conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 II du code de la sécurité sociale modifiés par la LFS5 pour 2019 et du décret du 11 janvier 2019 visant notamment à garantir un accès sans reste à charge de certains soins ou équipements en optique, dentaire et audiology.

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

Les garanties **FORMULE HOSPI**, **FORMULE 4**, ainsi que **RENFORT 1** et **RENFORT 2** s'ils sont retenus en complément de **FORMULE 4**, sont solidaires mais qualifiées de **non-responsables**.

Elles ne respectent pas 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 ne 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 retenue 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 lorsque la formule de garantie retenue est dite responsable.

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 minima mentionnés dans ces mêmes articles, lorsque l'adhérent a retenu une formule de garantie dite responsable.

Rappel des interdictions de prise en charge dans le cadre du contrat responsable :

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 votre part qui entraînera alors automatiquement la résiliation de votre 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 listés dans le tableau des garanties au regard de chacun des grands postes de garantie (Hospitalisation, Soins courants, Dentaire, Optique, Aides auditives, etc.).

Les différentes formules proposées dans le cadre du contrat **PRIVILÈGES 10** prévoient également, en cas de décès de l'adhérent résultant des suites d'un accident, le versement d'un capital correspondant aux frais d'obsèques.

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 retenue par l'adhérent

- et, lorsque la formule de garantie retenue est dite responsable, 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 Ventes » (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.

- Certaines formules de garantie prévoient également le remboursement des frais d'obsèques en cas de décès d'une personne assurée survenant pendant la période de garantie. Dans ce cas il en est fait mention dans le tableau des garanties correspondant à la formule de garantie retenue.

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 votre 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 accessoires annexes

Comme indiqué au point I du Préambule, en complément de la garantie principale santé du contrat les assurés bénéficient à titre accessoire de garantie en matière d'Assistance vie quotidienne et une Protection juridique.

Ils peuvent également souscrire la garantie optionnelle CAPITAL ACCIDENT prévoyant le versement du capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentel.

Les conditions et modalités de garantie de ces couvertures accessoires sont précisées dans les notices d'information de chacune d'entre elles établie par les assureurs respectifs et jointes au présent document.

3.4 La modification des garanties

Les modifications de garanties à la hausse ou à la baisse ne pourront se faire qu'à la date d'échéance principale de l'adhésion, sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et de respecter les limites d'âge d'accès aux garanties fixées par l'article 2.3. L'âge limite d'adhésion de la présente notice d'information.

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

3.5 L'étendue territoriale des garanties

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et /ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le Régime obligatoire français intervient. Elle cesse lorsque l'adhérent perd la qualité de résident fiscal français, ou réside en dehors du territoire français plus de 3 mois par an (en une ou plusieurs périodes).

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français.

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 dites responsables 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 aux 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.

- Il en est de même lorsque les formules retenues sont dites non responsables.
- 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

5.1.1 La procédure simplifiée

La télétransmission

Dans les départements où nous avons signé un accord avec votre caisse d'assurance maladie, nous vous faisons bénéficier d'un système simplifié de remboursement de vos dépenses.

Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, nous ferons un traitement simultané du calcul de notre participation au remboursement des frais exposés et effectuerons le paiement correspondant. Ainsi, vous n'aurez pas à nous transmettre le décompte des prestations de votre régime obligatoire français.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le préciser sur votre bulletin d'adhésion ou le notifier par écrit à HENNER.

Le règlement de notre participation s'effectuera alors selon la procédure classique.

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.

5.1.2 La procédure classique

Lorsque vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, ou que le règlement des frais n'a pas été effectué directement au professionnel de santé, pour obtenir le remboursement des dépenses prises en charge selon la formule de garanties retenue, vous devez faire parvenir à HENNER les pièces mentionnées ci-après, accompagnées, le cas échéant, du refus de prise en charge du Régime obligatoire.

Les remboursements de la garantie santé	Les documents et justificatifs à transmettre
La médecine courante	Les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire
L'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • L'original du décompte des prestations du régime obligatoire. • Les originaux des factures de l'établissement hospitalier, les notes d'honoraires des chirurgiens et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, lorsque les frais n'ont fait l'objet d'aucun remboursement par le régime obligatoire.
L'optique	<ul style="list-style-type: none"> • L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée établie par l'opticien. • La facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées.
Le dentaire	L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée établie par le dentiste.
La chirurgie réfractive	La prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.
Les appareillages	L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée.
Vaccins et contraception non remboursés	La copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée.
La médecine naturelle non remboursée	Les notes d'honoraires et autres factures acquittées justifiant les dépenses réelles; l'original de l'ordonnance établie par un médecin.
Le décès d'une personne assurée	La ou les factures correspondant aux frais engagés pour les obsèques

Si l'assuré, préalablement à sa demande de remboursement présentée à HENNER, 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 original de ce régime complémentaire. Pour tenir compte de la situation particulière de certains dossiers, l'assureur et HENNER se réservent la possibilité de demander des pièces complémentaires à celles figurant dans le tableau ci-dessus.

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

5.1.3 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 l'État Français.

5.2 Les renseignements complémentaires :

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

Vous pouvez 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 nous.

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. Faut 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 HENNER dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. Le délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

5.5 Les sanctions

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

GARANTIES INCLUSES DANS VOTRE CONTRAT : L'ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT. NOTICE D'INFORMATION ASSISTANCE PREMIUM. CONTRAT COLLECTIF N° GAC18SAN1747

HENNER, Société par Actions Simplifiée de courtage et de gestion d'assurances au capital de 8 212 5 000 €, régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n° 323377739 et inscrite à l'ORIAS sous le n° 07002039, dont le siège social se situe au 14 Boulevard du Général Leclerc 92200 NEUILLY-SUR-SEINE, a souscrit le contrat collectif n° GAC18SAN1747, au profit des Assurés bénéficiaires des contrats d'assurance auxquels le présent contrat collectif est rattaché et auprès de Filassistance, afin de les faire bénéficier 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.

1. CADRE DES GARANTIES

01. Comment contacter Filassistance

Téléphone :	01 53 21 24 48 (depuis la France) +33 1 53 21 24 48 (depuis l'étranger)
Télécopie :	09 77 49 17 87 ou 09 77 49 17 88
Adresse postale :	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex

02. Qui peut bénéficier des garanties ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Assuré, son Conjoint, leur(s) enfant(s) fiscalement à charge, leur(s) ascendants vivant sous le même toit.

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

03. Où s'appliquent les garanties ?

A l'exception de la garantie « 10.1. REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DES FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER » qui s'applique 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.

04. Quelle est la période des garanties ?

Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion à l'un des contrats d'assurance auxquels le présent contrat collectif est rattaché, sous réserve du règlement de la cotisation correspondante.

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

- Lorsque l'entreprise employeur de l'Assuré adresse à HENNER par lettre recommandée avec accusé réception, une demande de résiliation de son adhésion aux présentes garanties ce au plus tard le 31 octobre de chaque année ;
- En cas de cessation de l'adhésion à l'un des contrats d'assurance santé auxquels le présent contrat collectif est rattaché ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° GAC18SAN1747 ;

- En cas de non-paiement de la cotisation conformément aux dispositions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances

02. GENERALITES

01. Définitions

Les Parties entendent les termes ci-dessous selon les définitions suivantes :

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.

AGGIR

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

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, bénéficiant du Contrat d'assistance n° GAC18SAN1747 souscrit par HENNER auprès de FILASSISTANCE.

Atteinte corporelle

Blessure ou maladie 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.

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°GAC18SAN1747.

Dépendant

Le proche de l'Assuré qui est reconnu dépendant (équivalent GIR 4 au sens 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.

Equipe médicale

Médecins de FILASSISTANCE.

Etranger

Tout pays situé hors de France y compris les Collectivités d'Outre-Mer français, à l'exclusion des pays formellement déconseillés par le gouvernement français dont la liste est accessible sur le site : <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/>.

Evènement

Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE, et notamment la maladie, l'accident, le décès, etc.

France

France métropolitaine, Principautés d'Andorre et de Monaco

Hospitalisation

Sauf stipulation contraire, tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle.

Immobilisation

Etat d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile.

Maladie

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

Maladie soudaine

Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, non consécutive à une maladie préexistante, constatée par une autorité médicale compétente.

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

Pour l'Assuré résidant en France métropolitaine ou dans les Principautés d'Andorre et de Monaco : zone couvrant la France métropolitaine et les Principautés d'Andorre et de Monaco.

02. Mise en œuvre des prestations

Délivrance 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).

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone suivant **01 53 21 24 48**, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'événement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat n° GAC18SAN1747. 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.**

Règlement 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. 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.

Conditions d'ordre médical

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe 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'équipe 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'événement 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.

Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

Les prestations d'informations des présentes conditions générales, sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)**, sauf stipulation contraire, sur

simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Toute demande est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier est communiqué à l'Assuré. FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse, si possible immédiatement, et dans tous les cas dans un délai ne dépassant pas 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).
- De 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.

03. Exclusions

Exclusions communes à toutes les garanties d'assistance

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

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'Assuré ou le Bénéficiaire ;
- de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement; personnelle (chirurgie esthétique) ;
- des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1 du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- de la participation de l'Assuré ou d'un Bénéficiaire, en tant que concurrent à titre professionnel, à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- de toute Hospitalisation volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique) ;
- de toute Hospitalisation aux fins de visites médicales de contrôle ou d'examen médicaux préventifs
- des Hospitalisations aux fins de soins de suite et de réadaptation ;
- des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances;
- de toute restriction à la libre circulation des personnes ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Assuré peut détenir ;
- de la participation volontaire de l'Assuré ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi;
- la tentative de suicide ou le suicide de l'Assuré survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion;
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique pour toute autorité ou organisme gouvernemental ou non.

Exclusions spécifiques à la garantie : Remboursement complémentaire des frais médicaux à l'étranger

Ne donnent pas lieu à prise en charge les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'Hospitalisation suivants :

- les frais de prothèses : optiques, dentaires, auditives, fonctionnelles, esthétiques, ou autres ;
- les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie ;
- les frais de cure thermale ;
- les frais de séjour en maison de repos, établissement de convalescence ou centre de réadaptation fonctionnelle ;
- les frais médicaux inférieurs à 16 EUR TTC ;
- les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'Hospitalisation concernant les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées, les maladies préexistantes diagnostiquées et ou traitées, ayant fait l'objet d'une Hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance ;
- les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour ;
- les frais engagés dans un but de diagnostic et ou de traitement ;
- les frais occasionnés par un état de grossesse sauf complication imprévisible ;
- les frais consécutifs aux tentatives de suicide ;
- les frais occasionnés par les conséquences physiques et psychiques de l'usage de stupéfiants ou drogues non ordonnées médicalement et alcools ;
- les frais de transport primaire d'urgence, de recherche en montagne et de secours en mer.

04. 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.

05. Protection des données personnelles

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte et le traitement des données à caractère personnel de l'Adhérent et des Assurés est nécessaire pour la gestion de leur contrat d'assistance par HENNER et Filassistance et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent et des Assurés, dans le cadre de leur contrat d'assistance font l'objet de traitements ayant pour finalités : la passation, l'exécution et la gestion (y compris commerciale) des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; la lutte contre la fraude, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ; les opérations relatives à la

gestion des clients et à la prospection commerciale ; l'amélioration de la qualité des services et de la relation avec l'Adhérent et les Assurés ; la gestion des sites et applications et la gestion des demandes d'exercices de droits.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de HENNER et de Filassistance, leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, et les organismes externes en charge de l'exécution des contrats et de la gestion des garanties (réassureurs, intermédiaires d'assurance, réseaux de soins et de santé, etc.), s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, ainsi que les personnes parties ou intéressées au contrat.

Certaines des données à caractère personnel de l'Adhérent et des Assurés sont susceptibles d'être transférées, pour les finalités précisées ci-dessus, en dehors de l'Union Européenne (UE) vers d'autres entités du groupe HENNER ou de Filassistance ou vers des tiers. Ces transferts sont encadrés par des Clauses Contractuelles types de la Commission Européenne ou par tous autres instruments juridiques garantissant ainsi un niveau de protection aussi élevé qu'en France

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, Filassistance, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent et des Assurés 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'Adhérent et des Assurés 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'Adhérent et les Assurés peuvent accéder aux données les concernant, les rectifier, en demander la portabilité ou leur suppression. Ils peuvent également s'opposer au traitement de leurs données, en demander la limitation ou le cas échéant, retirer leur consentement à tout moment.

L'Adhérent et les Assurés pourront adresser leurs réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données de FILASSISTANCE ou d'HENNER, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant concernant les données, l'Adhérent et les Assurés ont la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 ou <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

Enfin, l'Adhérent et les Assurés peuvent en savoir plus sur la gestion de leurs données par Henner et l'exercice de leur droits en se reportant à la Charte RGPD Assurés Henner qui leur a été remise lors de leur adhésion au contrat et disponible sur leur Espace Client.

06. Responsabilité

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 tels que définis par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers)

07. Autorité de contrôle

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest - CS 92459 - 75438 PARIS CEDEX 09.

08. Réclamations

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant 01 53 21 24 45, qui veillera à répondre ou à accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE - Service Réclamations
108, Bureaux de la Colline
92213 SAINT-CLOUD CEDEX
Ou qualite@filassistance.fr

Cette réclamation pourra également être formulée sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « *Contactez-nous* ».

Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, FILASSISTANCE enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Assuré ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

L'Assuré ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant 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.

09. 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance

sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, notwithstanding 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.

• 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 interromp le délai de prescription contre la caution.

• 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).

10. Fausse déclaration

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.

11. Loi applicable et juridiction compétente

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.

3. DETAIL DES PRESTATIONS GARANTIES

01. Prestations accessibles dès l'adhésion

Renseignements pour la santé de tous les jours

L'équipe médicale de Filassistance répond à des questions d'ordre médical ou diététique (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé) et :

- Informe le Bénéficiaire sur les types de cure correspondant à son état de santé et recherche les centres spécialisés en France,
- Recherche et indique au Bénéficiaire les établissements médicaux spécialisés qui peuvent le recevoir s'il souffre d'un handicap, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

Service de renseignements

Filassistance recherche et communique au Bénéficiaire le ou les renseignement(s) nécessaire(s) à la résolution des problèmes d'ordre privé.

Renseignements juridiques

- Habitation, Logement, Impôt, Fiscalité, Assurances, Allocations, Retraites, Justice, Défense, Recours, Salaires, Contrats de travail,
- Associations, Sociétés, Commerçants, Artisans, Droits du consommateur, Voisinage, Famille, Mariage, Divorce, Succession, Affaires sociales.

Renseignements vie pratique

- Formalités, Cartes, Permis, Enseignement,
- Formation, Services publics, Vacances,
- Loisirs, Activités culturelles, Logement.

02. Prestations accessibles en cas d'immobilisation d'un bénéficiaire au domicile suite à une maladie ou accident

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

Transmission des messages urgents

A la demande du Bénéficiaire, Filassistance se charge de transmettre les messages urgents à ses 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.

Recherche de médicaments

Filassistance organise et prend en charge l'acheminement de médicaments au Domicile du Bénéficiaire, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé.

Cette garantie s'applique si le Bénéficiaire ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le re-nouvellement d'ordonnance.

Filassistance n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile du Bénéficiaire, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût du ou des médicaments est à la charge du Bénéficiaire.

Recherche d'un médecin

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 de l'Assuré.

Informations médicales

Dans le respect du rôle du médecin traitant et à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone, l'équipe médicale de Filassistance répond aux questions relatives aux situations d'urgence et de premiers soins.

Transfert à l'hôpital et retour au domicile

Si suite à une Immobilisation au Domicile, l'état du Bénéficiaire nécessite une Hospitalisation, Filassistance organise et prend en charge, sur prescription médicale, le transport du Bénéficiaire, en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, au centre médical le plus proche de son Domicile et au cas échéant, le retour à Domicile du Bénéficiaire.

La distance entre le Domicile du Bénéficiaire et le centre de soins est limitée à 150 km.

03. Prestations accessibles en cas d'immobilisation supérieure à 5 jours de l'assuré ou de son conjoint

Garde des enfants âgés de moins de 15 ans

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 15 ans de l'Assuré ou de son Conjoint restés au Domicile, Filassistance organise et prend en charge leur garde pendant une période de 2 jours à raison de 10 heures de garde effective par jour maximum.

Si l'Assuré le préfère, Filassistance pourra organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de l'Assuré, jusqu'au Domicile de l'Assuré, en mettant à sa disposition un Titre de transport ; OU le transfert des enfants chez un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de
- l'Assuré, en mettant à leur disposition un Titre de transport ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école dans un rayon de 25 Km du Domicile de l'Assuré et dans la limite de 458 € TTC maximum par Événement.

Présence d'un proche au chevet

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 au chevet de l'Assuré ou du Conjoint

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 2 nuits, dans la limite de 153 € TTC par Événement.

Garde des animaux de compagnie

FILASSISTANCE organise et prend en charge (hors frais de toilettage et de soins vétérinaires) la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des animaux de compagnie tels que définis ci-dessus.

La prise en charge de cette garde ne peut excéder **une période d'un (1) mois et est limitée à 229 € TTC maximum par Evènement**

Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition de l'Assuré ou de son Conjoint 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 est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Assuré/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.
- Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 30 heures par Evènement réparties à raison de 2 heures par jour maximum, pendant les 15 jours suivant le début de l'immobilisation de l'Assuré ou de son Conjoint.

04. Prestations accessibles en cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures de l'assuré ou de son conjoint

Garde des enfants âgés de moins de 15 ans

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 15 ans de l'Assuré ou de son Conjoint restés au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde pendant une période de 2 jours à raison de 10 heures de garde effective par jour maximum.

Si l'Assuré le préfère, FILASSISTANCE pourra organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de l'Assuré, jusqu'au Domicile de l'Assuré, en mettant à sa disposition un Titre de transport ;
- OU le transfert des enfants chez un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de l'Assuré, en mettant à leur disposition un Titre de transport ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école dans un rayon de 25 Km du Domicile de l'Assuré et dans la limite de 458 € TTC par Evènement.

Garde ou transfert des personnes dépendantes

Si personne ne peut s'occuper des personnes dépendantes, vivant habituellement au Domicile de l'Assuré et restées seules, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Assuré ou par son Conjoint :

- La garde à domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par FILASSISTANCE selon la situation et ne pourra dépasser 30 heures réparties sur une période de 15 jours consécutifs par Evènement ;
- OU le transfert de ces personnes, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Assuré en mettant à leur disposition un Titre de transport ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Assuré, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition un Titre de transport.

Frais de location de téléviseur

FILASSISTANCE prend en charge les frais de location de téléviseur à concurrence de **153 € TTC maximum par Evènement**.

Sont exclus les frais de location de télévision lors d'un séjour en maternité, pour des cures thermales, pour convention personnelle et pour toute Hospitalisation répétitive pour une même cause.

05. Prestations accessibles en cas d'hospitalisation

supérieure à 48 heures de l'assuré ou de son conjoint

Présence d'un proche au chevet

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 au chevet de l'Assuré ou du Conjoint.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 2 nuits, dans la limite de **153 € TTC maximum par Evènement**.

Garde des animaux de compagnie

FILASSISTANCE organise et prend en charge (hors frais de toilettage et de soins vétérinaires) la garde à l'extérieur ou l'entretien à Domicile des animaux de compagnie tels que définis ci-dessus.

La prise en charge de cette garde ne peut excéder **une période d'un**

(1) mois et est limitée à 229 € TTC maximum par Evènement.

Aide à domicile

FILASSISTANCE met à disposition de l'Assuré ou de son Conjoint 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 est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Assuré/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.
- Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 30 heures par Evènement réparties à raison de 2 heures par jour maximum, pendant les 15 jours suivant le début de l'Hospitalisation ou la date de fin d'Hospitalisation de l'Assuré ou de son Conjoint.

06. Prestations accessibles en cas d'immobilisation supérieure à 48 heures d'un enfant âgé de moins de 15 ans de l'assuré ou de son conjoint

Garde des autres enfants âgés de moins de 15 ans

Si personne ne peut s'occuper des autres enfants âgés de moins de 15 ans de l'Assuré ou de son Conjoint restés au Domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde pendant une période de 2 jours à raison de 10 heures de garde effective par jour.

Si l'Assuré le préfère, FILASSISTANCE pourra organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de l'Assuré, jusqu'au Domicile de l'Assuré, en mettant à sa disposition un **Titre de transport** ;
- OU le transfert des enfants chez un proche habitant dans la même Zone de résidence que celle de l'Assuré, en mettant à leur disposition un **Titre de transport** ;
- OU l'accompagnement des enfants à l'école dans un rayon de 25 Km du Domicile de l'Assuré et dans la limite de 458 € TTC maximum par Evènement.

07. Prestations accessibles en cas de maladie soudaine ou d'accident entraînant une immobilisation supérieure à 15 jours de l'enfant de l'assuré ou de son conjoint

Ecole à domicile

FILASSISTANCE organise et prend en charge à compter du **16^e jour d'immobilisation** le soutien pédagogique de l'enfant de l'Assuré ou de son Conjoint du cours primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), au domicile de l'Assuré, du lundi au vendredi, à raison de **10 heures par enfant et par semaine dans la limite de 1525 € TTC maximum par Evènement, hors vacances scolaires et jours**

fériés.

Cette prestation s'applique à compter du 16^{ème} jour et pendant la période d'immobilisation et est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répéteurs dans un rayon de 25 km du domicile de l'Assuré.

En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire tel que défini par le Ministère de l'Education Nationale.

08. Prestations accessibles en cas de décès du bénéficiaire

Assistance obsèques

FILASSISTANCE informe et accompagne les proches du Bénéficiaire défunt pour l'organisation des obsèques et notamment dans les domaines suivants :

- obsèques civiles ou religieuses, prélèvements d'organes, don du corps, constatation de décès, déclaration de décès, chambres funéraires, transports funéraires.

Avance de fonds

Si les proches ne peuvent pas régler les frais d'inhumation du Bénéficiaire défunt, FILASSISTANCE peut accorder une avance **dans la limite de 763 €** aux proches du Bénéficiaire défunt contre remise d'un chèque de caution.

Cette avance est remboursable dans un délai de 30 jours à compter de la date de remise par FILASSISTANCE de ladite avance.

09. Prestation accessible en cas d'accident ou maladie à l'étranger

Remboursement complémentaire des frais médicaux à l'étranger

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'étranger, 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 Convention 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 engagés.

Le remboursement complémentaire de FILASSISTANCE est limité à 4 574 € TTC maximum par Bénéficiaire et par Evènement.

Une franchise de 16 € TTC par dossier sera appliquée sur le montant du remboursement demandé par le Bénéficiaire.

GARANTIES INCLUSES DANS VOTRE CONTRAT : L'ASSISTANCE JURIDIQUE

Le présent document constitue la notice d'information prévue par la législation. Il résume les dispositions du contrat 06290007 souscrit par la Garantie Médicale et Chirurgicale auprès de CFPD Assurance.

ARTICLE 1 - LES DEFINITIONS

Les bénéficiaires

L'adhérent, personne physique, désigné au bulletin d'adhésion, ayant souscrit un contrat de complémentaire santé auprès d'HENNER, ainsi que son conjoint, concubin ou toute personne liée à lui par un PACS et leurs enfants fiscalement à charge.

Nous

CFPD Assurance.

Le Tiers

Tout(e) personne étrangère au contrat.

Le Litige

Une situation conflictuelle vous opposant à un tiers, causée par un événement préjudiciable ou un acte répréhensible vous conduisant à faire valoir un droit contesté, à résister à une prétention ou à vous défendre devant une juridiction. Pour être couvert par le contrat, le litige doit être survenu pendant la durée de votre adhésion au contrat.

Le Sinistre

Le refus qui est opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire (article L127-2-1 du Code des Assurances). Pour être couvert par le contrat, le sinistre doit être déclaré pendant la durée de votre adhésion au contrat.

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances.

ARTICLE 2 - CE QUE VOUS APPORTE VOTRE CONTRAT

Vous êtes victime d'une agression ou d'une atteinte accidentelle à votre intégrité physique et/ou morale et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits à l'encontre du responsable de votre préjudice.

Vous êtes victime d'une erreur médicale, d'un retard ou d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale ou d'un défaut de conseil d'un praticien à l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation ou de tous soins ou examens médicaux et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits face à :

- un établissement de soins public ou privé,
- un professionnel de santé,
- l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux).

Nous ne payons en aucun cas ni l'amende, ni le principal, ni toute autre somme que vous pouvez être condamné à payer.

Nos garanties vous sont acquises en France métropolitaine, dans les territoires et départements d'outre-mer, en principauté de Monaco et Andorre, ainsi qu'en Suisse et dans les pays appartenant à l'Union Européenne telle que constituée au 1er janvier 1993, à savoir : Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Grande-Bretagne, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal.

ARTICLE 3 - CE QUI RESTE EN DEHORS DE VOTRE CONTRAT

Nous n'interviendrons jamais pour les litiges ayant pour origine une faute intentionnelle ou un acte frauduleux de votre part.

Nous ne prendrons jamais en charge les frais de rédaction d'actes, les constats d'huissier, les frais liés à l'obtention de témoignages, d'attestations ou autres pièces justificatives destinées à constater ou à prouver la réalité de votre préjudice.

ARTICLE 4 - LES BENEFICIAIRES DE VOTRE CONTRAT

Toutes les personnes physiques inscrites au contrat complémentaire santé auquel cette garantie est attachée.

ARTICLE 5 - LA VALIDITE DE VOTRE CONTRAT

Votre contrat est valable pour une durée de douze mois à compter de la date de souscription.

Il se renouvelle d'année en année par tacite reconduction. Il prend effet le lendemain à midi du jour de paiement de la première prime. Il couvre les préjudices qui nous sont déclarés avant résiliation du contrat et dont les éléments constitutifs sont inconnus de vous à la prise d'effet. L'élément constitutif s'entend par l'acte, le fait, l'événement ou la situation qui est à l'origine du litige, et qui est susceptible de mettre en jeu la garantie.

ARTICLE 6 - LA SUBROGATION

Après règlement, nous sommes subrogés dans vos droits et actions contre les tiers vous ayant causé préjudice (notamment pour les articles 700 du nouveau Code de Procédure Civile n° 475-1 du Code de Procédure Pénale), pour les dépenses et autres frais de procédure, ceci à concurrence des sommes que nous avons déboursées pour votre compte.

ARTICLE 7 - LA RESILIATION

La garantie « Assistance Juridique », faisant partie intégrante de votre assurance « HENNER Santé », cesse automatiquement lors de la résiliation de cette dernière ou dans les conditions ci-après :

Par VOUS ou par NOUS : chaque année à la date d'échéance principale moyennant un préavis de deux mois par lettre recommandée avec accusé de réception (article L113-12 du Code des Assurances).

Par NOUS : En cas de non-paiement de votre prime dans les 10 jours qui suivent l'échéance de votre contrat, nous pouvons vous réclamer la cotisation impayée par lettre recommandée selon les dispositions légales et suspendre les garanties après un délai de 30 jours. Le contrat est résilié au moyen de la même lettre 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours en cas de non-paiement. De plein-droit : en cas de retrait de notre agrément.

ARTICLE 8 - VOTRE PRIME

Votre prime est payable à l'échéance selon les modalités définies à l'article L113-3 du Code des Assurances.

Elle est chaque année adaptée dans les mêmes proportions que notre tarif de souscription ou peut être révisée selon les modalités prévues à l'article L113-4 du Code des Assurances.

ARTICLE 9 - QUE FAIRE EN CAS DE BESOIN D'ASSISTANCE JURIDIQUE ?

Contactez l'Assureur au : 01 49 95 99 12 (coût d'un appel local).

L'accès au service se fait du lundi au vendredi de 9H à 12H et de 14H à 18H (sauf jours fériés).

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

- répondre à vos interrogations,
- vous informer sur vos droits,
- vous proposer des solutions concrètes,
- envisager avec vous, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, la suite à donner à votre difficulté.

ARTICLE 10 - LA DECLARATION DE SINISTRE

Pour déclarer votre sinistre, vous devez adresser à l'Assureur :

- la description précise et sincère de la nature et des circonstances de votre litige,
- les éléments établissant la réalité du préjudice que vous alléguiez,
- les coordonnées de votre adversaire,
- et toutes les pièces et informations utiles à l'instruction de votre dossier telles qu'avis, lettres, convocations, actes d'huissier, assignations...

ARTICLE 11 - NOS INTERVENTIONS

Par votre contrat, vous nous donnez mandat d'intervenir en votre nom. Vous nous réservez l'exercice de tout recours amiable. Nous vous laissons le choix de vos défenseurs, mais c'est nous qui les saisissons. Lorsque vous choisissez vos défenseurs, nous vous remboursons en fin d'instance le montant TTC des frais et honoraires, dépenses incluses, restant définitivement à votre charge dans le délai d'un mois après réception des éléments nécessaires. Les honoraires de résultat, ainsi que toute dépense, engagée avant

déclaration du sinistre ou sans notre accord, sont exclus.

ARTICLE 12 - PLAFONDS, FRANCHISE ET SEUIL D'INTERVENTION EN EUROS

Article 12.1 – Plafond maximum de prise en charge par sinistre

- (France, Principautés d'Andorre et de Monaco): 22 313 €
- Dont plafond pour : Démarches amiables : 538 €
- Dont plafond pour : Expertises judiciaires : 5 419 €

Article 12.2 – Plafond maximum de prise en charge par sinistre

- (Hors France, Principautés d'Andorre et de Monaco): 2 789 €
- Seuil d'intervention : 0 €
- Franchise : 0 €

Les montants ci-avant sont cumulables et représentent le maximum des engagements de l'Assureur par intervention ou juridiction. Ces montants comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocat. Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée. Vous faites l'avance des frais et honoraires et l'Assureur vous rembourse sur justificatifs le montant des factures réglées dans la limite des montants contractuels garantis. Si la convention d'honoraires le prévoit ou si vous en faites la demande, l'Assureur peut procéder directement au règlement de la facture adressée par l'avocat, et ce dans la limite des montants contractuels garantis.

ARTICLE 13 - LA PRESCRIPTION

Toute action dérivant de votre contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L114-1 al.1 du Code des Assurances). La prescription peut être interrompue notamment par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (article L114-2 du Code des Assurances).

ARTICLE 14 - LES EXCLUSIONS

Article 14.1 - L'assureur n'intervient jamais pour les Litiges

- Ne relevant pas de votre vie privée ou plus généralement ne relevant pas de la garantie expressément décrite à l'article 2,
- Trouvant leur origine dans une guerre civile ou étrangère, une émeute, un mouvement populaire, une manifestation, une rixe, un attentat, un acte de vandalisme, de sabotage ou de terrorisme,
- En rapport avec une violation intentionnelle des obligations légales ou incontestables, une faute, un acte frauduleux ou dolosif que vous avez commis volontairement contre les biens et les personnes en pleine conscience de leurs conséquences dommageables et nuisibles,
- Garantis par une compagnie d'assurance dommages ou responsabilité civile (sauf opposition d'intérêts ou refus injustifié d'intervenir de celle-ci) et ceux relevant du défaut de souscription par vous d'une assurance obligatoire,
- Dont les manifestations initiales sont antérieures et connues de vous à la prise d'effet de votre adhésion au contrat,
- Survenant lorsque vous êtes en état d'ivresse publique et manifeste, lorsque votre taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu le sinistre, lorsque vous êtes sous l'influence de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ou lorsque vous refusez de vous soumettre à un dépistage,
- Individuels ou collectifs du travail ou relatifs à l'expression d'opinions politiques, religieuses, philosophiques ou syndicales,
- Relatifs à la gestion ou à l'administration d'une société civile ou commerciale, d'une association ou d'une copropriété, ainsi que ceux liés à un mandat électif,
- Vous opposant aux services publics, aux organismes bancaires, de crédit ou d'assurances,
- De nature douanière,
- Relatifs aux actions engagées contre vos débiteurs s'ils font l'objet d'une procédure relevant de la loi du 26 juillet 2005 sur la sauvegarde des entreprises,

• Relevant du droit des personnes (livre 1er du Code Civil), des successions, des libéralités ou donations, des régimes matrimoniaux ou des contrats de mariage.

• Les recouvrements de vos créances.

Article 14.2 - L'assureur ne prend jamais en charge

- Les frais engagés sans l'accord préalable de l'assureur, sauf urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire,
- Toute somme de toute nature due à titre principal, les amendes, les cautionnements, les consignations pénales, les astreintes, les intérêts et pénalités de retard,
- Les frais de rédaction d'actes et de contrats,
- Les frais destinés à prouver la réalité de votre préjudice,
- Les frais d'identification ou de recherche de votre adversaire,
- Les dépenses et frais de justice exposés par la partie adverse que vous devez supporter par décision judiciaire, ou ceux que vous avez acceptés de prendre en charge dans le cadre d'un protocole d'accord,
- Les sommes au paiement desquelles vous êtes condamnés au titre des articles 700 du code de procédure civile, 375 et 475-1 du code de procédure pénale, 1761-1 du code de justice administrative, ainsi que de leurs équivalents devant les juridictions étrangères,
- Les sommes dont vous êtes légalement redevable au titre de droits proportionnels,
- Les honoraires de résultat de tout auxiliaire de justice.

ARTICLE 15 - L'ARBITRAGE

(ARTICLE L127-4 DU CODE DES ASSURANCES)

En cas de désaccord entre Vous et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur; toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque vous avez mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives. Si vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle qui vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, les droits d'accès et de rectification des fichiers peuvent être exercés au siège social de CFPD Assurances, CFPD ASSURANCES S.A au capital de 1 600 000€ - R.C.S. LYON 958 506 156-B - Entreprise régie par le Code des Assurances.

ARTICLE 16 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractères personnel et à la libre circulation des données et à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par HENNER SAS, 14 Boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine et CFPD dont les coordonnées se trouvent dans votre contrat d'assurance

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité: la passation, l'exécution et la gestion (y compris commerciale) de votre contrat d'assurance, l'élaboration des statistiques et études actuarielles, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux; la lutte contre la fraude, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale, l'amélioration de la qualité des services et de la relation avec les assurés, la gestion

des sites et applications et la gestion des demandes d'exercices de droits.

Certaines de vos données à caractère personnel sont susceptibles d'être transférées, pour les finalités précisées ci-dessus, en dehors de l'Union Européenne (UE) vers d'autres entités du groupe Henner ou vers des tiers. Ces transferts sont encadrés par des Clauses Contractuelles types de la Commission Européenne ou par tous autres instruments juridiques garantissant ainsi un niveau de protection aussi élevé qu'en France.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, en demander la portabilité ou leur suppression. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données, en demander la limitation ou retirer votre consentement à tout moment. Enfin, vous avez également le droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer ces droits ou pour toute question relative au traitement de vos données, vous pouvez contacter notre service DPO par courrier à Henner, Délégué à la Protection des Données, Conformité/Relation Assureurs, 14 Boulevard du Général Leclerc 92 200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse email suivante : dpo@henner.com.

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL : 3 Place Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et pour exercer vos droits, reportez-vous à la Charte RGPD Assurés qui vous a été remise lors de votre adhésion ou accessible dans votre Espace Client.

GARANTIES INCLUSES DANS VOTRE CONTRAT : LA GARANTIE OBSÈQUES

PREAMBULE

Cette notice d'information décrit les garanties en cas de décès conçues en partenariat par l'Association La Garantie Obsèques pour le service tiers payant avec les pompes funèbres et HENNER, société habilitée pour la présentation d'opérations d'assurance, qui en assure la gestion.

Les garanties d'assurance décès décrites dans cette notice résultent de contrats groupe souscrits par HENNER auprès de :

- ALLIANZ Vie pour la couverture de la garantie temporaire obsèques,
- FILASSISTANCE INTERNATIONAL pour les prestations d'assistance aux personnes assurées au contrat.

Cette Garantie Obsèques a été souscrite par Henner et est incluse dans le contrat individuel santé « Privilèges 10 ».

La Garantie Obsèques est gérée par :

- Pour la gestion des cotisations :

HENNER SAS, société de courtage et de gestion d'assurance au capital de 8 212 500 euros dont le siège social est situé 14, boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine - RCS Nanterre 323 377 739 - N° Orias 07 002 039.

- Pour la gestion des prestations obsèques :

HENNER SAS - Département La Garantie Obsèques, société de courtage et de gestion d'assurance au capital de 8 212 500 euros dont le siège social est situé 14, boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine - RCS Nanterre 323 377 739 - N° Orias 07 002 039.

GARANTIE OBSÈQUES

Article 1 - OBJET DE L'ADHESION

On entend par :

- **Participant** : personne ayant adhéree à un contrat individuel santé
- **Assuré ou affilié** : le participant et ses éventuels ayants droit.

La présente adhésion a pour objet de garantir aux assurés des prestations en cas de décès, destinées à couvrir tout ou partie des frais d'obsèques. Ces garanties sont assurées par Allianz Vie.

Article 2 - PERSONNE(S) ASSURÉE(S)

Sont admissibles à l'assurance, en tant qu'assurées, les personnes mentionnées ci-dessous, sous réserve des conditions prévues par la présente notice.

- Le **participant**, c'est-à-dire la personne âgée de moins de 65 ans ayant adhéree à un contrat individuel santé, avec lequel la présente garantie obsèques est prévue.
- Les **ayants droits**, c'est-à-dire, les membres de la famille affiliés au contrat santé du participant, tels que définis ci-dessous, sous réserve d'être affilié au bulletin individuel d'adhésion et du paiement des cotisations y afférent.

Sont considérés comme ayant droit :

- Le conjoint non séparé de corps du participant ou le partenaire lié au participant par un pacte Civil de Solidarité (PACS) ou, à défaut, le concubin du participant ;
- Les enfants à charge à condition qu'ils relèvent du foyer fiscal du participant, du partenaire lié par un PACS ou du concubin, notamment :
 - les enfants de moins de 21 ans non révolus sans condition,
 - les enfants de moins de 28 ans non révolus qui poursuivent des études,
 - les enfants, sans limite d'âge, qui sont infirmes,

La qualité du ou des ayant(s) droit sera appréciée au moment du décès. Les pièces justificatives indiquées à l'article 4 ci-après, seront demandées lors de la demande de prestation de la garantie obsèques.

Article 3 - DATE D'EFFET - DURÉE ET FIN DE LA GARANTIE OBSÈQUES

Dans le cadre d'un contrat individuel santé « Privilèges 10 », le participant bénéficie de la Garantie Obsèques incluse dans ce contrat. Elle prend effet à la date mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion du contrat santé.

Elle bénéficie aux assurés mentionnés à l'article 2 et dans les conditions précisées à l'article GARANTIE ET CONDITIONS DE MISES EN ŒUVRE ci-après.

Elle cesse pour l'ensemble des assurés :

- En cas de résiliation du contrat groupe souscrit par HENNER auprès d'ALLIANZ Vie;
- En cas de renonciation ou dénonciation à son adhésion au contrat santé;
- Au 31 décembre de l'année du 65^e anniversaire
- En cas de non-paiement des cotisations santé;
- Au décès du Participant

Il est entendu que la cessation de l'adhésion du participant entraîne la cessation de l'affiliation des ayants droit s'ils étaient couverts.

À compter de la cessation de l'affiliation, aucune prestation n'est due et les cotisations versées restent acquises à l'Assureur.

Article 4 - GARANTIES ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Objet des garanties

Elles ont pour objet de couvrir tout ou partie des frais d'obsèques en cas de décès du participant ou de l'un des ayants droit s'il est couvert, tels que définis à l'article 2.

Le capital décès ne peut être utilisé, à concurrence du coût des obsèques, à des fins étrangères au financement des obsèques.

Le montant de la garantie dépend de la formule Santé souscrite. Il est indiqué dans le tableau des garanties Santé ainsi qu'à l'annexe de la présente notice.

Le capital est versé à concurrence des frais engagés :

- à l'entreprise de Pompes Funèbres ayant effectué les prestations sur présentation de la facture,
- à la personne physique ou morale ayant pris en charge les frais d'obsèques; sur présentation de la facture de l'organisme de pompes funèbres acquittée (stipulant l'identité de la personne ayant acquitté la facture).

Nota : La loi française interdisant la souscription d'une assurance sur la tête d'un enfant de moins de 12 ans (article L 132-3 du Code des Assurances), le montant des frais d'obsèques relatif à cette catégorie de bénéficiaires sera pris en charge à concurrence des frais réellement engagés, dans la limite de la garantie du participant.

Lorsque la garantie est supérieure aux frais d'obsèques, le reliquat éventuel est versé aux bénéficiaires désignés par le participant.

Sauf désignation bénéficiaire contraire, le(s) bénéficiaire(s) est (sont) le(s) suivant(s) : le conjoint non séparé de corps du participant, ou à défaut le partenaire lié par un PACS ; à défaut les descendants par parts égales entre eux, la part d'un descendant prédécédé revenant à ses propres descendants ; à défaut les père et mère par parts égales entre eux ou au survivant en cas de prédécès de l'un d'eux ; à défaut les héritiers du participant.

La clause bénéficiaire concernant le reliquat éventuel peut faire l'objet notamment d'un acte sous seing privé (écrit rédigé et signé entre les parties (sans l'intervention d'un officier ministériel) ou d'un acte authentique (acte qui fait intervenir une personne spécialement habilitée par la loi, un notaire par exemple). Ces modalités de désignation peuvent permettre au participant de préserver la confidentialité de cette clause.

Aucune prestation ne pourra être versée sur un compte bancaire domicilié dans l'un des cinq pays suivants : Corée du Nord, Crimée, Cuba, Iran, Syrie (cette liste pourra faire être amenée à évoluer - HENNER en informera l'Adhérent qui devra communiquer à son tour cette nouvelle liste aux participants).

Conditions de mise en œuvre :

Décès par accident ou accident de la circulation :

En cas de décès par accident, la garantie est acquise à compter de la date de prise d'effet du contrat santé.

Par accident, il faut entendre toute action soudaine et imprévisible atteignant l'assuré dans son intégrité physique par le fait d'un événement subit qui lui est extérieur.

Par accident de la circulation, il faut entendre l'accident provoqué par un véhicule routier, ferroviaire, suspendu, maritime, fluvial ou aérien.

En tout état de cause, le décès doit être intervenu au plus tard dans les douze mois ayant suivi l'accident, quelle que soit la cause de ce dernier, pour être garanti comme décès par accident.

Décès toutes causes hors accident/accident de la circulation :

En cas de décès toutes causes hors accident, la garantie obsèques est acquise à compter de la date de prise d'effet du contrat santé.

En cas de passage à un régime frais de santé supérieur ou inférieur par le participant, aucun délai de carence ne s'applique sur le différentiel entre l'ancienne et la nouvelle garantie obsèques.

Pièces justificatives

Pour chaque demande, les pièces justificatives doivent être adressées à :

HENNER - Département La Garantie Obsèques

14 boulevard du Général Lecterc

CS 20058 - 92527 Neuilly-sur-Seine

Téléphone : 01.55.62.53.19

Email : garantie.obsèques@henner.fr

1/ Au moment du décès :

Dans tous les cas (décès d'un participant ou d'un ayant droit couvert) :

- Acte de décès
- Facture des frais d'obsèques

En cas de décès d'un des ayants droit s'il était couvert : tout document officiel justifiant de l'affiliation des ayants droits, notamment :

- Concubin : certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur ou copie des actes de naissance et justificatif du domicile aux deux noms
- Enfant fiscalement à charge : Certificat de scolarité ou d'apprentissage, dernier avis d'imposition.

2/ Lorsque la garantie est versée directement à l'organisme de Pompes Funèbres (Tiers payant) :

- Devis/facture de l'organisme de Pompes Funèbres
- Relevé d'Identité Bancaire de l'organisme de Pompes Funèbres ayant organisé les obsèques

3/ Lorsque la garantie n'est pas versée directement à l'organisme de Pompes Funèbres :

- Facture acquittée accompagnée du reçu mentionnant la personne ayant acquitté les frais d'obsèques (Facture originale si l'enfant décédé avait moins de 12 ans)
- Relevé d'Identité Bancaire de la personne ayant acquitté les frais d'obsèques
- Copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité de la personne ayant acquitté les frais d'obsèques : passeport, carte nationale d'identité ou du titre de séjour.

4/ Lorsque le montant de la garantie est supérieur aux frais d'obsèques ou lorsque les frais d'obsèques ont été réglés par ailleurs sans sollicitation du présent contrat (reliquat) :

En présence d'un reliquat, la clause de bénéficiaire prévue à l'article 4 de la présente notice sera appliquée. Ainsi, la demande de prestation doit être accompagnée, en fonction de la situation, de :

- Tout document officiel justifiant de la qualité du bénéficiaire vis-à-vis du participant conformément la clause susvisée ;
- A défaut lorsqu'il s'agit des « héritiers » : Acte de notoriété ou dévolution successorale ou certificat d'hérédité ;
- Copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité du

ou des bénéficiaires : passeport, carte nationale d'identité ou du titre de séjour.

Enfin, d'autres justificatifs pourraient être demandés par le service gestion dans des cas très spécifiques.

Article 5 – REVALORISATION POST MORTEM

En cas de décès de l'assuré (tel que défini à l'article 2 de la présente notice), le versement de l'éventuel reliquat (prévu à l'article 4) est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations selon les conditions définies par les présentes. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le montant du reliquat non versé, en euros garantis en cas de décès, produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès de l'assuré, au minimum à un taux égal au moins élevé des taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Conformément à l'article L. 132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre d'un contrat d'assurance vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital, sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré(e) par l'Assureur. Six mois avant le transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, l'Assureur informe le(s) bénéficiaire(s) par tout moyen, de ce transfert. Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'Etat.

Article 6 – EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties les risques suivants :

Risques de guerre :

- Pour les risques survenant dans les Etats composant l'Espace Economique Européen : les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire.
- Pour les risques survenant hors des Etats composant l'Espace Economique Européen : au cas où la France est impliquée dans une action militaire ou de police et sauf convention contraire particulière, les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire se produisant dans le ou les pays où la France est impliquée. L'exclusion ne s'applique que lorsque l'assuré prend une part active à l'événement.

Risques aériens :

Les conséquences d'un accident survenu au cours de compétitions, démonstrations aériennes, acrobaties, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigateur militaire.

Par ailleurs, les conséquences d'un accident de la navigation aérienne ne sont garanties que dans le cas où l'assuré se trouve à bord d'un avion muni d'un certificat de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, le pilote pouvant être l'assuré lui-même.

Autres risques :

- le suicide de l'assuré au cours de la première année d'assurance,
- les conséquences d'un attentat, ou d'une tentative d'attentat, dès l'instant où l'assuré y prend une part active

Article 7 – COTISATIONS

7.1. Assiette et montant des cotisations

Le montant des cotisations dépend de la formule Santé souscrite par le participant.

Les cotisations peuvent être fixées en fonction :

- du montant de la garantie obsèques,

- du nombre de personnes assurées (adulte/ enfant).

En tout état de cause, les cotisations applicables comprennent les taxes afférentes.

7.2. Recouvrement des cotisations

Les cotisations garantie obsèques sont recouvrées avec les primes santé, auprès de chaque participant.

En tout état de cause, le participant doit s'acquitter de la cotisation correspondante à la même structure de cotisation requise lors de son affiliation au contrat santé.

7.3. Evolutions des cotisations

Les cotisations peuvent évoluer en fonction du nombre de personnes assurées (adulte/enfant) ou du montant de la garantie obsèques.

Les cotisations peuvent également être revalorisées au terme de chaque année civile sur la base, notamment, des résultats enregistrés, d'une évolution législative ou réglementaire.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions. Toute modification ou ajout de taxe/contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une évolution de cotisation.

7.4. Défaut de paiement des cotisations

Le participant est tenu au paiement des cotisations de la garantie obsèques intervenant lors du paiement des primes du contrat santé. Les relances et les sanctions applicables en cas de défaut de paiement sont celles prévues dans le contrat santé facultatif.

Article 8 - RECLAMATIONS

Lorsque l'assuré souhaite obtenir des précisions quant à l'exécution de son contrat ou faire une réclamation, il s'adresse à HENNER :

Par courrier :

HENNER Département La Garantie Obsèques - Réclamation

14 boulevard du Général Leclerc
CS 20058 - 92527 Neuilly-sur-Seine

En cas de désaccord avec la réponse apportée par le service ci-dessus, l'assuré a la possibilité d'adresser à nouveau sa réclamation :

Par courrier :

HENNER - Réclamation - Service Qualité

40 rue de la Vague, 4^e étage, 59650 VILLENEUVE D'ASCQ

Par mail :

service.qualite@henner.fr

En cas de désaccord persistant et définitif et après épuisement des voies de traitement internes précitées, l'assuré a la faculté, de faire appel au Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes :

www.mediation-assurance.org

ou LMA TSA 50110- 75441 Paris Cedex 09

Allianz Vie adhère à la Charte de la Médiation de l'Assurance, dispositif gratuit de règlement des litiges permettant de rechercher des solutions amiables aux différends opposant les assurés à leur assureur ou à leur intermédiaire d'assurances. L'avis du Médiateur ne lie pas les parties. Celles-ci conservent donc le droit de saisir le Tribunal compétent.

Article 9 - PRESCRIPTION

Aucune action ni réclamation concernant le contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription. La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduit ci-après :

Article L114-1 du Code des assurances

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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Article L114-2 du Code des assurances

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 avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré ou 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.

Article L114-3 du Code des assurances

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.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

Article 2240 du Code civil

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

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.

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.

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.

Article 10 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

1. Pourquoi recueillir les données personnelles ?

L'Assureur recueille et traite les données personnelles de l'assuré.

Ces données sont également nécessaires à HENNER en tant que souscripteur et délégataire du contrat. Les données recueillies leur sont nécessaires pour respecter leurs obligations légales, pour gérer l'adhésion au contrat ainsi que les affiliations, mises en œuvre de l'Assuré et respecter les obligations légales.

Les données personnelles de « l'assuré » sont indispensables à l'Assureur et à HENNER pour l'identifier comme pour conclure et exécuter son affiliation au contrat.

Les données de santé de « l'assuré » font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre, l'Assureur et HENNER ont besoin des données personnelles des « assurés » pour inspecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à leur profession, entre autres dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et contre la fraude.

2. Qui peut consulter ou utiliser les données personnelles de « l'assuré » ?

Pourvent consulter ou utiliser les données personnelles de « l'assuré » prioritairement les entrepreneurs du groupe Allianz, l'intermédiaire en assurance (courtier), mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de l'affiliation et des affiliations au contrat ou dans un objectif commercial (sous traitants, prestataires, assureurs, organismes d'assurance, mandataires, organismes sociaux, et pour les données afférentes à la gestion de l'adhésion, HENNER en tant que souscripteur et délégataire).

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, l'Assureur prend des garanties spécifiques pour assurer la protection complète des données. Si « l'assuré » souhaite obtenir des informations sur ces garanties, il peut écrire à l'Assureur à l'adresse indiquée au paragraphe « Les contacts » ou contacter Héloïse.

3. Combien de temps sont conservées les données personnelles de « l'assuré » ?

Dans le cas d'un prospect sans conclusion d'une affiliation au contrat

L'Assureur et HENNER conservent les données :

- commerciales / au maximum 3 ans après le dernier contact entre le prospect et son intermédiaire d'assurance ;

- médicales / au maximum 5 ans à partir de leur collecte. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical. Dans le cas d'un client

L'Assureur et HENNER conservent les données tout au long de la vie de l'adhésion et des affiliations au contrat de « l'assuré ». A son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

4. Données personnelles : quels sont les droits de « l'assuré » ?

Consulter, modifier, effacer... « l'assuré » dispose de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de ses données :

- le droit d'opposition, lorsque ses données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à sa relation contractuelle ;

- le droit d'accès et de modification, quand il le souhaite ;

- le droit à l'effacement, lorsque le délai de conservation de ses données personnelles est dépassé ;

- le droit à une affiliation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à sa relation contractuelle ;

- le droit à la « portabilité », c'est à dire la possibilité de communiquer les données de « l'assuré » à la personne de son choix, sur simple demande ;

- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que « l'assuré » a donné pour l'utilisation commerciale de ses données ;

- le droit de décider de l'utilisation de ses données personnelles après sa mort. Conservation, communication ou effacement... « l'assuré » désigne un proche, lui indique sa volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

Pour exercer son droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terrorisme, « l'assuré » s'adresse directement à la CNIL.

De manière générale, « l'assuré » peut lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le motif et l'utilisation de ses données sur le site Allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « Qui est responsable des données de « l'assuré » ? ».

Enfin, le site de la CNIL le renseigne en détail sur ses droits et tous les aspects légaux liés à ses données personnelles : www.cnil.fr

5. Qui est responsable des données de « l'assuré » ?

Allians Vie, pour les risques qu'elle couvre :

Société anonyme au capital de 643.054.435 €

340.234.962 RCS Nanterre

Entreprise(s) régie(s) par le Code des assurances

1 cours Michellet - CS 90061 - 92276 Paris La Défense Cedex

www.allians.fr

Pour le courtage : HENNER, Accès/Rectification des Données à Caractère Personnel, 14 boulevard du Général Ledier, 92200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse de messagerie suivante : dsa@henner.com

6. Comment « l'assuré » exerce ses droits ?

Pour s'opposer à l'utilisation de ses données, demander leur effacement, pour poser une question sur l'ensemble de leurs traitements ou une réclamation, « l'assuré » peut solliciter directement l'Assureur et/ou le responsable des données personnelles de l'Assureur ou le cas échéant de son courtier. Pour savoir à quelle adresse écrire, « l'assuré » doit se rendre au paragraphe « Les contacts ».

En cas de réclamation et si la réponse de l'Assureur ne le satisfait pas, « l'assuré » peut s'adresser à la CNIL.

7. Les contacts

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple : il suffit à « l'assuré » d'écrire :

• HENNER, Accès/Rectification des Données à Caractère Personnel, 14 boulevard du Général Ledier, 92200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse de messagerie suivante : dsa@henner.com

Pour toutes demandes, « l'assuré » ne doit pas oublier de joindre un justificatif d'identité.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE

1. DISPOSITIONS GENERALES

1.1. BENEFICIAIRES

Bénéficiaire des garanties décrites dans la présente convention d'assistance :

- toute personne physique affiliée ou ayant souscrit un contrat obsèques,
- son conjoint,
- et leurs enfants fiscalement à charge.

Les bénéficiaires doivent vivre sous le même toit et leur domicile fiscal doit être situé en France telle que définie à l'article 1.4.

1.2. PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Pendant toute la période de validité de la convention d'assistance n° 136210/155, les garanties décrites dans les présentes conditions générales suivent le sort du contrat d'assurance obsèques (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile lorsque « La Garantie Obsèques » est souscrite dans le cadre d'un contrat individuel ou d'un contrat collectif à adhésion facultative, date d'effet, durée, résiliation, etc.) auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante. Les garanties couvrent les conséquences du décès survenu lors de déplacements ou séjours à titre privé ou professionnel effectués pendant la période de couverture, sans limitation de durée pour la France Métropolitaine et dans la limite de 180 jours consécutifs pour les déplacements ou séjours hors France Métropolitaine.

1.3. VALIDITE TERRITORIALE

Les garanties sont acquises lors de déplacements en France à plus de 50 Km du domicile du bénéficiaire et à l'étranger.

1.4. DEFINITIONS

Pour l'application de la présente convention d'assistance, on entend par :

- Accident : toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire et indépendante de la volonté de ce dernier.
- Conjoint : le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS à l'adhérent.
- Enfant : l'enfant de l'adhérent et/ou de son conjoint.
- France : France Métropolitaine (Corse incluse), Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion, ainsi que Principautés d'Andorre ou de Monaco.

Maladie : altération soudaine de la santé constatée par une autorité médicale habilitée.

1.5. APPEL PREALABLE

Pour que les prestations d'assistance soient acquises, FILASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone, télécopie), avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable :

FILASSISTANCE

N° téléphone : 01 53 21 24 27

N° télécopie : 09 77 40 17 88

Adresse électronique : operations@filassistance.fr Adresse

postale : FILASSISTANCE 108 Bureaux de la Colline

92213 SAINT-CLOUD CEDEX

L'organisation par vous ou votre entourage de l'une des prestations d'assistance énumérées ne donne lieu à aucun remboursement.

Pour toute demande d'assistance, vous (ou toute autre personne agissant en votre nom)

devez :

- contacter FILASSISTANCE sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant),

- fournir les renseignements suivants :

- le numéro d'affiliation : 136210/155

- les nom et prénom du bénéficiaire décédé et le lieu où il se trouve
- le numéro de téléphone où vous pouvez être contacté,

- en cas de décès non accidentel, vous devez communiquer à notre équipe médicale un certificat médical exposant la cause médicale à l'origine du décès. Il est recommandé d'adresser ce certificat sous pli confidentiel à l'attention de notre Médecin Conseil. Nous ne pourrions être tenus responsables des manquements ou contretemps qui pourraient résulter du non-respect des règles ci-dessus.

Si, à votre demande ou à celle de l'entourage du décédé FILASSISTANCE accepte, à titre exceptionnel, de modifier l'un des éléments de la prestation garantie ou ses modalités de mise en œuvre, la prise en charge financière de FILASSISTANCE ne pourra pas être supérieure au montant qui aurait été engagé si la prestation prévue contractuellement avait été maintenue. Dans cette hypothèse, FILASSISTANCE déduira à titre de frais de gestion 100 € du montant garanti. Toutefois, en cas de force majeure vous empêchant de contacter FILASSISTANCE dans les conditions susmentionnées, il est admis que les frais exposés seront alors remboursés sur justificatifs et dans la limite de ceux que FILASSISTANCE aurait engagés pour fournir la prestation garantie. A cette fin, il vous appartient de justifier le cas de force majeure à l'origine du défaut d'appel préalable et de transmettre à FILASSISTANCE toutes pièces justificatives originales de nature à établir la réalité des dépenses directement occasionnées par le décès et couvertes au titre de la garantie.

1.6. ENGAGEMENTS FINANCIERS

1.6.1. Règles de prise en charge

Sans préjudice des règles exposées au 1.5, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à FILASSISTANCE devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande. En cas de prise en charge des frais de séjour à l'hôtel, FILASSISTANCE ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-après, et à l'exclusion de tout autre frais. En cas de transport ou de retour anticipé organisé par FILASSISTANCE en application de l'une des garanties d'assistance, 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 au domicile seront pris en charge par FILASSISTANCE.

1.6.2. 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.

1.6.2.1. Conditions préalables au versement de l'avance par FILASSISTANCE

A 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. A titre de garantie de remboursement de l'avance effectuée, le bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à FILASSISTANCE un chèque certifié ou un chèque de banque.

1.6.2.2. Délai de remboursement de l'avance à 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.

1.6.2.3. 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.

1.7. EXONERATION DE RESPONSABILITE

FILASSISTANCE est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties. Toutefois :

- La responsabilité FILASSISTANCE est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports, etc.) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes ou de corps sur un territoire ou entre deux états donnés ;
- La responsabilité FILASSISTANCE ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif(ve) aux insuffisances de disponibilités locales ;
- FILASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :

- soit, de cas de force majeure,
- soit, d'évènements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires, émeutes ou grèves,
- soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
- soit, des interdictions officielles,
- soit, des actes de piraterie ou d'attentats,
- soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
- soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

1.8. 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 des articles suivants du Code des assurances :

Article L114-1 :

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

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Article L114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires (citation en justice, commandement ou mesure d'exécution forcée) 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 par nous d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L114-3 :

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

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties.

1.9. SUBROGATION

Conformément à l'article L.121-12 du Code des Assurances, FILASSISTANCE est subrogée, à concurrence des frais réglés au bénéficiaire en exécution de la présente convention d'assistance, dans ses droits et actions contre tout tiers responsable de l'évènement ayant

donné lieu à assistance ou à remboursement.

1.10. LOI APPLICABLE

La présente convention d'assistance est soumise à la loi française. Toute contestation née entre le bénéficiaire et FILASSISTANCE à l'occasion de l'exécution des Conditions Générales d'assistance relèvera du tribunal français dans le ressort duquel se trouve le domicile du bénéficiaire.

1.11. CONTROLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle assuré par l'A.C.P.R. (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 4 Place de Budapest à Paris (75009).

1.12. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte et le traitement des données à caractère personnel de l'Adhérent et des Assurés est nécessaire pour la gestion de leur contrat d'assistance par HENNER et Filassistance et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent et des Assurés, dans le cadre de leur contrat d'assistance font l'objet de traitements ayant pour finalités : la passation, l'exécution et la gestion (y compris commerciale) des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; la lutte contre la fraude, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ; les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale ; l'amélioration de la qualité des services et de la relation avec l'Adhérent et les Assurés ; la gestion des sites et applications et la gestion des demandes d'exercices de droits.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de HENNER et de Filassistance, leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, et les organismes externes en charge de l'exécution des contrats et de la gestion des garanties (réassureurs, intermédiaires d'assurance, réseaux de soins et de santé, etc.), s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, ainsi que les personnes parties ou intéressées au contrat.

Certaines des données à caractère personnel de l'Adhérent et des Assurés sont susceptibles d'être transférées, pour les finalités précisées ci-dessus, en dehors de l'Union Européenne (UE) vers d'autres entités du groupe HENNER ou de Filassistance ou vers des tiers. Ces transferts sont encadrés par des Clauses Contractuelles types de la Commission Européenne ou par tous autres instruments juridiques garantissant ainsi un niveau de protection aussi élevé qu'en France.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, Filassistance, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent et des Assurés 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'Adhérent et des Assurés 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'Adhérent et les Assurés peuvent accéder aux données les concernant, les rectifier, en demander la portabilité ou leur suppression, ils peuvent également s'opposer au traitement de leurs données, en demander la limitation ou le cas échéant, retirer leur consentement à tout moment.

L'Adhérent et les Assurés pourront adresser leurs réclamations touchant à la collecte ou au traitement de leur données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données de FILASSISTANCE ou d'HENNER, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant concernant les données, l'Adhérent et les Assurés ont

la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 ou <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

Enfin, l'Adhérent et les Assurés peuvent en savoir plus sur la gestion de leurs données par HENNER et l'exercice de leur droits en se reportant à la Charte RGPD Assurés HENNER qui leur a été remise lors de leur adhésion au contrat et est disponible sur leur Espace Client.

1.13. RECLAMATIONS

• RECLAMATIONS SUR LA GESTION DE L'ADHESION :

L'Adhérent peut adresser une réclamation au service réclamations de HENNER, à l'adresse suivante :

HENNER

Département LA GARANTIE OBSEQUES

4 boulevard du Général Leclerc 92200 NEUILLY SUR SEINE

qui répondra dans un délai de 15 jours maximum. Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, l'Adhérent pourra s'adresser au service réclamations de FILASSISTANCE, dans les conditions prévues ci-après.

• RECLAMATIONS SUR LE TRAITEMENT DU SINISTRE :

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc...) doit être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : 09 77 40 68 24 qui veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande. Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le bénéficiaire peut adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante : FILASSISTANCE - Service Réclamations 108 Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD CEDEX ou à qualite@filassistance.fr. Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation. Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, FILASSISTANCE enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation. Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'assuré ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09. L'assuré ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org. Le Médiateur formulera un avis prévu par la charte de la médiation de l'assurance. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

2. GARANTIES ACCORDEES

2.1. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas de décès d'un bénéficiaire, l'un des bénéficiaires survivants peut contacter FILASSISTANCE pour recevoir une aide psychologique délivrée par des psychologues cliniciens qui interviennent dans le strict respect de la déontologie applicable à la profession. En fonction de la situation du bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend en charge 3 entretiens téléphoniques. En fonction des situations et des attentes du bénéficiaire demandeur, un rendez-vous pourra être organisé pour le bénéficiaire avec un psychologue diplômé d'état proche de son domicile. Dans ce cas, les frais de consultation demeurent à la charge du bénéficiaire.

2.2. ASSISTANCE INFORMATION PRATIQUE

Information destinée à répondre à toute question de nature pratique, notamment dans les domaines suivants :

- les formalités administratives postérieures au décès
- + succession

Toute demande d'information est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; FILASSISTANCE s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas

dans un délai ne dépassant pas 48 heures. Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971. FILASSISTANCE ne pourra être tenue responsable des éventuelles difficultés, et leurs conséquences, qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une interprétation erronée et/ou d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le bénéficiaire, des informations communiquées. La validité des informations que FILASSISTANCE communique s'apprécie au moment de l'appel du bénéficiaire. FILASSISTANCE ne peut pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'entrée en vigueur d'une loi ou d'un règlement postérieurement à cet appel. Sont exclus de la garantie les demandes d'information ayant trait à des thèmes juridiques ne relevant pas du droit français.

2.3. ASSISTANCE AUX PERSONNES

2.3.1. Rapatriement - Transport de corps

En cas de décès du bénéficiaire en France ou à l'étranger, FILASSISTANCE organise et prend en charge le rapatriement du corps du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation en France. FILASSISTANCE prend également en charge les frais annexes rendus nécessaires par la législation en vigueur (soins de préparation, aménagements spécifiques au transport du corps, etc.), et le coût d'un cercueil. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 800 euros TTC. Tous les autres frais annexes (frais de cérémonie, d'inhumation ou de crémation, convois locaux, accessoires...) restent à la charge de la famille. Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place, FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche, s'il n'est pas déjà sur les lieux, en mettant à sa disposition un billet d'avion classe économique ou de train 1ère classe, pour se rendre de son domicile en France jusqu'au lieu d'inhumation. Dans ce cas, FILASSISTANCE prend en charge, sur justificatifs et à concurrence de 80 euros TTC par nuit les frais de séjour sur place de cette personne. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 800 euros TTC par événement.

2.3.2. Rapatriement des proches du bénéficiaire

En cas de rapatriement de corps du bénéficiaire, FILASSISTANCE organise et prend également en charge le rapatriement au domicile de son conjoint et/ou de ses enfants (ou ceux de ce dernier) restés sur le lieu de séjour. La prise en charge des titres de transport par FILASSISTANCE s'effectue dans les conditions exposées au 1.6.1.

2.3.3. Retour anticipé du bénéficiaire

S'il doit interrompre son séjour, en France ou à l'étranger, afin d'assister aux obsèques d'un proche, FILASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire et prend en charge un billet d'avion classe économique ou de train 1ère classe, depuis le lieu jusqu'au lieu d'inhumation situé 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 et prend en charge un billet d'avion classe économique ou de train 1ère classe, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré. La prise en charge des titres de transport par FILASSISTANCE s'effectue dans les conditions exposées au 1.6.1.

2.3.4. Accompagnement des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans

En cas de décès du bénéficiaire, et si ses enfants ou petits-enfants âgés de moins de 16 ans se retrouvent seuls sans surveillance, FILASSISTANCE met à la disposition d'un proche résidant en France, un billet d'avion classe économique ou de train 1ère classe, pour se rendre auprès des enfants. FILASSISTANCE organise et prend en charge également le retour au domicile des enfants du bénéficiaire et celui du proche qui les accompagne. La prise en charge des titres de transport par FILASSISTANCE s'effectue dans les conditions exposées au 1.6.1.

2.4. INFORMATION VOYAGE

À la demande du bénéficiaire, l'un des médecins de FILASSISTANCE pourra lui communiquer des informations ou renseignements mais ne pourra en aucun cas faire des consultations médicales par téléphone.

Ces renseignements concernent les domaines suivants :

NI - PRIVILEGES 10 - 09/2021

- Hygiène de vie (alimentaire, etc.)
- Préparation aux voyages
- Maladies infantiles
- Réaction aux médicaments
- Vaccinations

N.B. : Toute demande d'information du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; FILASSISTANCE s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures dans les domaines mentionnés ci-dessus. La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra être recherchée en cas de mauvaise utilisation ou d'interprétation inexacte par l'adhérent des renseignements communiqués.

2.5. ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER

Cette assistance juridique s'applique lorsque le bénéficiaire est poursuivi pour infraction involontaire à la législation du pays dans lequel il se trouve (autre que la France et ses DROM : Guyane, Martinique, Guadeloupe, Réunion).

2.5.1. Honoraires d'avocat

FILASSISTANCE met un avocat à la disposition du bénéficiaire et lui règle directement ses honoraires jusqu'à concurrence de 1 000 euros TTC par infraction.

2.5.2. Caution pénale

FILASSISTANCE fait au bénéficiaire, si besoin est, contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire, l'avance de la caution pénale exigée par les autorités locales pour éviter ou faire cesser l'incarcération, dans la limite de 8 000 euros TTC. Cette avance est remboursable dans un délai de trois mois à compter du jour du versement.

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.

3. EXCLUSIONS

Sont exclus :

- les conséquences d'accidents survenus avant la prise d'effet des garanties,
- le suicide ou la tentative de suicide survenant moins d'un an après l'affiliation.
- Les décès consécutifs à l'absorption d'alcool, de drogue ou de stupéfiants non prescrits médicalement,
- le décès consécutif à une surdose médicamenteuse ou l'absorption de médicaments non prescrits médicalement,
- le décès survenu du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent, à une compétition sportive, un pari, un match, un concours, un rallye ou à leurs essais préparatoires,
- les accidents dus à la négligence ou l'imprudence caractérisée du bénéficiaire à l'occasion de la pratique d'une activité sportive (non-respect des recommandations édictées par la fédération sportive, infraction aux règles de sécurité, non-respect des contre-indications médicales liées à l'état de santé),
- les accidents survenus lors de la pratique par le bénéficiaire de l'un des sports ou activités suivants : rafting, canoë en eaux vives et canyoning, delta-plane, parapente, planeur, Skeleton, bobsleigh, saut à ski, alpinisme avec passage en cordée, varappe, plongée sous-marine avec appareil autonome, spéléologie, saut à l'élastique, parachutisme,
- le décès causé par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ou par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants et qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire,
- le décès consécutif aux convalescences et affections en cours de traitement et/ou non encore totalement guéries au moment de l'affiliation initiale,
- les conséquences de la manipulation d'armes,

- le décès consécutif à un conflit armé (guerre étrangère - déclarée ou non- ou civile), à une émeute ou un mouvement populaire, à une rébellion, à une insurrection, à un attentat ou un acte de terrorisme, à un coup d'état,
- le décès consécutif à la participation volontaire du bénéficiaire à une rixe ou un défi,
- les frais de recherche en montagne, en mer ou dans le désert,
- les frais de réintégration du défunt au domicile ou vers le funérarium,
- les cas dans lesquels le bénéficiaire a commis de façon volontaire des infractions pénalement sanctionnées par la législation en vigueur, tant en France qu'à l'étranger.

ANNEXE

MONTANT GARANTIE OBSEQUES INCLUSE DANS LE RÉGIME FRAIS DE SANTE

PRIVILÈGES 10	
FORMULE SANTÉ	MONTANT GRANTIE OBSEQUES
Formule Hospl	Aucune garantie prévue au contrat
Formule 1	Aucune garantie prévue au contrat
Formule 2	500 €
Formule 3	500 €
Formule 4	1000 €

Pour toutes questions ou lors du sinistre, vous pouvez contacter :

HENNER - Département La Garantie Obsèques
14 boulevard du Général Leclerc - CS 20058 - 92527 Neuilly-sur-Seine
Téléphone : 01.55.62.53.19
Email : garantie.obseques@henner.fr



Henner, SAS de courtage et de gestion d'assurances - Capital de 6 212 500 € - RCS Nanterre 328 377 738 - TVA intra-communautaire FR 48323377738 Immatriculation ORIAS n° 07.002.035 (consultable sur www.orias.fr) - Relève du contrôle de l'ACPR - Entreprise certifiée ISO 9001 par le Bureau Veritas Certification - Siège social : 14 bd du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine - www.henner.com

La Garantie Obsèques, Association régie par la loi du 1er juillet 1901 - 14 Bd du Général Leclerc 92200 Neuilly sur Seine - Services Administratifs - 14 Bd du Général Leclerc 92200 Neuilly sur Seine - Services Administratifs - 14 Bd du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine

Allianz Vie, S.A. au capital de 643 054 425 € 340 234 962 RCS Nanterre - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051 92076 Paris La Défense Cedex

FI ASSISTANCE INTERNATIONAL, Société anonyme au capital de 4 100 000 € - entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NANTERRE, dont le siège social est situé 108 Bureaux de la Colline - 92215 SAINT-CLOUD CEDEX

GARANTIES INCLUSES DANS VOTRE CONTRAT : CAPITAL ACCIDENT

Notice d'information du contrat collectif complémentaire santé d'adhésion facultative. CAPITAL ACCIDENT. PRIVILÈGES 10.

Référence : NI Capital Accident - 01/2021.

Votre notice d'information du contrat A 7054 0001

PRÉAMBULE

I. Le produit – Le contrat

CAPITAL ACCIDENT est un contrat collectif à adhésion individuelle et facultative prévoyant le versement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle.

Les différentes formules de la garantie proposées dans le cadre du contrat, objet de la présente notice sont souscrites 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.

Ci-après désigné l'Assureur ou SWISS LIFE

Par :

Garantie Médicale et Chirurgicale (GMC) - Association loi 1901

Siège social : 14 Bd du Gal Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine

Ci-après désignée l'Association

Le contrat CAPITAL ACCIDENT a été développé et négocié par HENNER, qui en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial.

HENNER -SAS de gestion et de courtage d'assurances au capital de 8 212 500 euros

Siège social : 14 Bd du Gal Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine

RCS Nanterre n° 323 377 739- Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n° 07.002.039

L'association GMC 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 CAPITAL ACCIDENT est régi par le Code des assurances français.

Le contrat CAPITAL ACCIDENT entre l'Association GMC et l'assureur prend effet le 01/04/2021, et se renouvelle par tacite reconduction le 1er 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 PRIVILÈGES 10, l'assureur a confié la gestion des adhésions à :

HENNER

SAS de gestion et de courtage d'assurances au capital de 8 212 500 euros

Siège social : 14 Bd du Gal Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine - RCS Nanterre n° 323 377 739 - Immatriculation au registre des inter-

médiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n° 07.002.039

désigné ci-après « le délégataire » ou « HENNER ».

Le délégataire, dans le cadre de la Délégation de gestion des adhésions qui lui est consentie par l'Assureur, apprécie tous les risques, délivre tous certificats, reçoit tous avis et communications, perçoit toutes les cotisations; en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées.

II. 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 choisies. 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 retenues.
 - 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).

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.

A titre d'exemples, ne sont jamais considérés comme des accidents, même si elles se manifestent sous une apparence accidentelle et soudaine, la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident, le suicide, la tentative de suicide, les lésions organiques de toutes natures telles que l'infarctus du myocarde, les lésions vasculaires ou cérébrales, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, les affections coronariennes, la rupture d'anévrisme, les maladies nosocomiales, les pathologies soudaines.

Accident de la circulation

Est considéré comme accident de circulation, l'accident qui survient sur la voie publique et impliquant au moins un véhicule.

Adhérent

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

Adhésion à distance

Lorsque l'adhésion au contrat CAPITAL ACCIDENT est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance.

Assuré(s) ou Ayants droit

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) au certificat d'adhésion selon la formule de garantie retenue :

- Formule Isolée : Adhérent seul ;
- Formule Duo : L'adhérent et son conjoint ou un enfant (si pas de conjoint);
- Formule Famille : L'adhérent, le conjoint et les enfants

Avenant

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

Certificat d'Adhésion

Document émis par HENNER qui matérialise l'acceptation de la de-

mande d'adhésion et précise les garanties acceptées par l'assureur. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie retenue, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Conjoint

On entend par conjoint :

- 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-I 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.

Date anniversaire de l'adhésion :

Date qui correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion (jour, mois, année).

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. Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

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.

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 chaque année à la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion.

Enfants

Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou à celle de votre conjoint. La garantie cesse à leur égard, au plus tard à la fin de l'année suivant leur 18^e anniversaire. A compter de ses 18 ans, à la demande de l'adhérent, l'enfant toujours à charge de ses parents au sens fiscal peut continuer à être assuré moyennant l'acquiescement d'une cotisation adulte.

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs

France

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

Maladie

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

Nous

Désigne l'assureur mentionné au certificat d'adhésion.

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).

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Est considéré en PTIA tout adhérent qui est reconnu pendant la période de validité de la garantie :

- définitivement incapable de se livrer à toute occupation ou à tout travail lui procurant gain ou profit ;
- et dont l'état nécessite en permanence l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ou qui est définitivement obligé de vivre dans un établissement hospitalier.

Sinistre

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

Vous

Désigne l'adhérent.

CHAPITRE 2 : LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

2.1 Les personnes assurées

Pour bénéficier des garanties du contrat CAPITAL ACCIDENT vous devez :

- adhérer à l'Association GMC et à l'une ou l'autre des formules HOSPI Seule, 1, 2, 3 ou 4 du contrat Santé PRIVILÈGES 10 (contrats N° A 7053 0001/0002 ou 0003) ;
- résider en France,
- être majeur civilement responsable,
- être âgé à l'adhésion d'au moins 18 ans et de moins de 66 ans,

En cas de non-respect de ces dispositions, vous vous exposez à ce que la nullité de votre adhésion au contrat CAPITAL ACCIDENT soit prononcée.

Peuvent également être assurés au titre de votre adhésion au contrat CAPITAL ACCIDENT, votre conjoint et vos enfants si vous souscrivez la formule de garantie correspondante (Duo ou Famille). Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion et désignés dans la présente notice d'information par le terme « Assurés » ou « Ayants droit ».

2.2 Les conditions et formalités d'adhésion

Quel que soit le mode d'adhésion au contrat, vous devez remplir, dater et signer une demande d'adhésion comportant :

- l'option de garantie choisie correspondant aux capitaux assurés en cas de décès (20.000, 40.000 ou 60.000€) ;
- la formule de garantie (isolé, Duo ou Famille) correspondant à la composition de la famille assurée ;
- 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 HENNER.

Vous vous engagez à déclarer à l'Assureur toute modification relative à votre situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle vous recevez votre 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 minimal d'adhésion lors de la prise d'effet des garanties quelle que soit la formule de garantie retenue avec son éventuel renfort: **18 ans.**

Rappel : Pour la détermination de l'âge de l'assuré, nous prenons celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

2.4 Vos déclarations :

2.4.1 À l'adhésion

L'adhésion est établie d'après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence.

Vous devez répondre à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la proposition d'assurance.

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, décès) ;
- toute modification des éléments renseignés dans la proposition d'assurance ;
- tout changement de domicile ou fixation hors de France,
- tout changement d'adresse électronique.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressé à HENNER, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

2.4.3 La validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à HENNER par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire HENNER 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 à votre choix.

Au moment de l'adhésion, vous avez la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à votre situation. Votre choix devra être reporté sur votre bulletin individuel d'adhésion et vaudra tant pour vous-même que pour vos ayants droit inscrits au contrat.

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 HENNER.

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

La date de conclusion de l'adhésion est celle de l'acceptation par l'Assureur qui sera indiquée sur votre 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 sous réserve du paiement de la première cotisation (ou fraction de cotisation en cas de paiement échelonné), et 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.

2.7.3 La cessation des garanties

Les garanties prennent fin à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

Elles cessent en tout état de cause en fonction des âges limites de garantie mentionnés à l'article 3.1.5 Les âges termes de garanties ci-après.

Les garanties prennent également fin :

- dès que l'assuré ne répond plus à la définition des personnes assurées (Cf. définitions du Conjoint et des Enfants au Lexique) ;
- à l'égard de chaque assuré, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

2.8 La suspension des garanties

Votre 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 des soins se rapportant à cette période.

2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat

2.9.1. Par l'Adhérent

Vous pouvez résilier votre adhésion :

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

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 ;
- 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. 633-14 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

L'adhésion au contrat CAPITAL ACCIDENT sera résiliée de plein droit en cas de :

- résiliation de l'adhésion au contrat **PRIVILÈGES 10** de l'adhérent;
- retrait de l'agrément de l'Assureur ;
- en cas de décès de l'adhérent.

En cas de résiliation de l'adhésion, les capitaux assurés ne peuvent être dus que pour des accidents survenus postérieurement à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

2.9.4 Modalités de la résiliation

Vous pouvez résilier votre adhésion par lettre recommandée ou par

envoi recommandé électronique afin de conserver une preuve de votre demande, ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.

Adresse postale :

HENNER - 14 Bd du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine

Adresse courrier électronique : sante.individuels.bo@henner.fr

La résiliation de l'adhésion à notre Initiative, via HENNER, doit vous être notifiée par lettre recommandée à votre dernier domicile connu.

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

DÉMARCHAGE À DOMICILE

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. »

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 certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser à HENNER 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 :

HENNER - 14 Bd du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine

Email : sante.individuels.bo@henner.fr

Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (nom et prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat CAPITAL ACCIDENT N° (numéro d'adhésion) que j'ai signée le (date).

(Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées (Indiquez le lieu, la date et votre signature).

Perte de la faculté de renonciation

Si l'adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.

Conséquences de la renonciation

La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception.

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.

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.

Articles du Code des assurances

L. 112-9 du Code des assurances.

VENTE À DISTANCE

Définition

« 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 certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser à HENNER 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 :

HENNER - 14 Bd du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine

Email : sante.individuels.bo@henner.fr

Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (nom et prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat CAPITAL ACCIDENT N° (numéro d'adhésion) que j'ai signée le (date).

(Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées (Indiquez le lieu, la date et votre signature).

Conséquences de la renonciation

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.

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.

Articles 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 votre cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est notamment déterminé en fonction de :

- **l'option de garantie choisie** correspondant aux capitaux assurés en cas de décès (20.000, 40.000 ou 60.000€);
- **la formule de garantie** (Isolé, Duo ou Famille) correspondant à la composition de la famille assurée.

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

2.11.2 La variation des cotisations

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 être amené à modifier son tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatés

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, vous aurez la faculté de résilier votre 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. Nous pouvons accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels (uniquement par prélèvement au-

tomatique) ; il en est alors fait mention au Certificat d'adhésion.

2.11.5 Le non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, l'assureur peut actionner une procédure de résiliation visée à l'article 2.10 La résiliation de l'adhésion au contrat en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

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.

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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance;
- 2) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou s'est 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.

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 en-voi 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.

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 définitive-

ment 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.

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 annuités 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

La réclamation

- **Votre premier contact** : votre interlocuteur habituel : en cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel.

- **Votre deuxième contact** : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations aux adresses suivantes :

Adresse postale :

Groupe Henner - À l'attention du Service Qualité
Héron Parc – 40, rue de la Vague - 59650 Villeneuve d'Ascq
Email : celluliereclamation@henner.fr

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

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 Henner 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.

HENNER, en sa qualité de Courtier et 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 HENNER et SWISS LIFE, en leur qualité de responsables de traitement conjoints, fait l'objet d'un acte juridique

NI - PRIVILEGES 10 - 09/2021

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 conjointement par SWISS LIFE et HENNER 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"> • Gestion des demandes d'exercice de droit 	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement est nécessaire au respect d'une obligations légale à laquelle le responsable de traitement est soumis
<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 (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 complétiés 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.

Les données personnelles des Adhérents et des Assurés sont également traitées par HENNER en sa qualité de Responsable de traitement pour les finalités suivantes, 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 : Amélioration de la qualité des services et de la relation avec les affiliés	
<ul style="list-style-type: none"> Écoute et enregistrement des conversations téléphoniques à des fins de formation, d'évaluation ou d'amélioration de la qualité de nos services Réalisation d'enquêtes de satisfaction Études statistiques et commerciales 	<p>Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'Entreprise et (et) affilié(s) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de ces derniers.</p>
Finalité 2 : Gestion des sites et applications (Espace Client)	
<ul style="list-style-type: none"> Administration technique des sites et applications Gestion des accès, de la sécurité, de la maintenabilité, des évolutions des sites et applications gestion des cookies 	<ul style="list-style-type: none"> Intérêt légitime d'Henner de s'assurer de la disponibilité et du bon fonctionnement de ses sites et applications Consentement pour l'utilisation de certains cookies.

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 son plein gré, des données à caractère personnel relatives aux Assurés Ayants droit des garanties. L'Adhérent reconnaît et s'engage pleinement à informer les Assurés Ayants droit des présentes conditions relatives aux traitements de données à caractère personnel, notamment en portant à leur connaissance la présente Notice d'information ou la Charte RGPD Assuré qui leur sera remise par le Délégué lors de l'adhésion au Contrat.

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 ou HENNER 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'envoi de courriers, etc.) agissant sur strictes instructions des responsables de traitement conjoints, aux réassureurs intervenant dans le cadre des garanties du présent Contrat (ayant-droit, bénéficiaire, adhérent, souscripteur), 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 HENNER 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 : HENNER – DPO – Conformité/Relation assureurs – 14 Boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@henner.com. Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil de HENNER.

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 : dpo@swisslife.com. Pour le Courtier et délégataire de gestion HENNER, par courrier postal à l'adresse suivante : HENNER - 14 bd du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@henner.com.

CHAPITRE 3 : LES GARANTIES

3.1 Le fonctionnement des garanties

3.1.1 Quelles garanties pouvez-vous choisir ?

Vous choisissez l'option de garantie en capitaux et la formule de cotisation familiale qui correspond le mieux à votre situation et vos besoins.

3.1.2 Étendue territoriale de vos garanties

Vos garanties restent acquises dans le monde entier sous réserve que vous résidiez habituellement et de façon régulière en France.

Elles cessent lorsque l'adhérent perd la qualité de résident fiscal français, ou réside en dehors du territoire français plus de 3 mois par an (en une ou plusieurs périodes).

Le règlement de vos prestations est toujours effectué en France, dans la monnaie légale de l'État français et sur présentation de certificats médicaux rédigés en français.

3.1.3 Date de l'événement garanti

La date de l'événement garanti est :

- pour les garanties décès : la date du décès ;
- pour les garanties Perte totale et irréversible d'autonomie : la date de consolidation de la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'assuré définie par le médecin expert désigné par l'Assureur, et au plus tard dans les 15 jours suivants la date de consolidation de l'invalidité ou de la perte totale et irréversible d'autonomie déterminée par le médecin expert visé ci-dessus.

3.1.4 Date d'entrée en vigueur des garanties

Les garanties de votre adhésion s'exercent sur les conséquences d'accident survenus après la date d'effet de l'adhésion ou de maladie dont la première constatation médicale est postérieure à la prise d'effet de l'adhésion.

3.1.5 Les âges termes de garantie

Les garanties prennent fin en fonction des âges termes de garantie mentionnés ci-après :

- 80^e anniversaire de la personne assurée pour la garantie Décès à la suite d'un accident ou d'un accident de la circulation ;
- 65^e anniversaire de la personne assurée pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) à la suite d'un accident ou d'un accident de la circulation.

3.2 Le contenu des garanties en cas de décès ou PTIA

3.2.1 Les capitaux en cas de décès ou de PTIA

DÉCÈS

Si l'assuré décède des suites d'un accident garanti avant son 80^e anniversaire, et au plus tard dans les 12 mois suivant celui-ci, nous garantissons le versement du capital choisi au(x) bénéficiaire(s).

Si le décès tel que défini ci-dessus résulte des suites d'un accident de la circulation garanti, le montant du capital décès servi au(x) bénéficiaire(s) sera doublé.

Limitation des garanties :

Le montant du capital décès assuré est automatiquement réduit de 50% à partir du 70^e anniversaire de l'assuré.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie garantie, nous vous versons directement à l'assuré le capital décès par anticipation. La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie devra toutefois être consolidée avant l'âge de 65 ans.

Le versement du capital met fin à la garantie en cas de décès et à votre adhésion.

3.2.2. Les clauses bénéficiaires

Désignation du (des) bénéficiaire(s) des garanties en cas de décès

Lors de la demande d'adhésion ou ultérieurement par avenant à votre adhésion au contrat, l'assuré peut désigner le ou les bénéficiaires qui percevront le capital garanti indiqué au certificat d'adhésion suite à son décès. La désignation du ou des bénéficiaires peut être effectuée notamment par acte sous seing privé (acte simplement signé par les parties) ou par acte authentique (reçu et signé par un officier public, par exemple un notaire). Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, il est conseillé de porter sur le document de la désignation les coordonnées complètes qui nous permettront de l'identifier et de le contacter au décès, ainsi que ses date et lieu de naissance.

L'assuré peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

À défaut de désignation d'un bénéficiaire, ou d'une autre clause bénéficiaire particulière, le capital décès est versé :

- en priorité au conjoint non séparé de corps ni divorcé de l'assuré, ou son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut à ses héritiers.

Acceptation du bénéficiaire

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'assurance. L'acceptation doit obligatoirement être faite selon l'une des deux modalités suivantes :

- soit par un avenant signé par SWISS LIFE ou HENNER, par votre bénéficiaire et vous-même ;
- soit par un acte authentique ou par un acte sous seing privé signé seulement par votre bénéficiaire et vous-même. Dans ce cas, elle n'a d'effet à notre égard que lorsqu'elle nous a été notifiée par écrit.

L'acceptation ne peut intervenir que 30 jours au moins à compter de l'adhésion au contrat.

Conséquences de l'acceptation par le bénéficiaire :

si un bénéficiaire accepte le bénéfice du contrat dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur, sa désignation devient irrévocable (article L.132-9 du Code des assurances).

CHAPITRE 4 : CE QUI N'EST PAS GARANTI

Ne donnent pas lieu au versement des capitaux assurés, le décès ou la PTIA de l'Assuré résultant directement ou indirectement :

- d'une maladie,
- d'un accident relevant du fait intentionnel de l'Assuré ou du bénéficiaire,
- du suicide ou d'une tentative de suicide de la part de l'Assuré, ou encore d'un état de démence,
- d'accidents occasionnés ou étant la conséquence directe ou indirecte d'un acte de terrorisme ou d'un attentat, y compris

toutes mesures militaires ou non, prises pour intercepter, prévenir ou atténuer un acte de terrorisme ou un attentat connu ou suspecté,

- d'un accident survenant lorsque l'assuré conduit un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur,
- d'un état alcoolique de l'assuré caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile française au moment du sinistre,
- de l'usage de stupéfiants ou substances analogues, médicaments ou traitements à des doses non prescrites médicalement,
- de la participation active de l'Assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger), à des crimes ou paris de toute nature,
- d'une guerre étrangère ou civile,
- d'un accident de la navigation aérienne survenant alors que l'assuré se trouvait à bord d'un appareil en une qualité autre que celle de simple passager de ligne régulière ou « charter » dûment agréée pour le transport payant de voyageur, ou encore dont le pilote ne disposait pas des qualifications nécessaires,
- d'accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, raids, vols sur prototype, courses, acrobaties, tentatives de records, ou vols d'essais,
- de la pratique ou de l'enseignement à ou par l'assuré d'un sport à titre professionnel ou sous de la participation de l'assuré à une course amateur nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur terrestre, aérien ou aquatique,
- de l'explosion ou de la fission du noyau de l'atome ou de radiations ionisantes,
- de la pratique de sports ou activité de loisirs suivants : les sports de neige ou de glace (le bobsleigh, la luge, le hockey sur glace, le saut à ski), le skeleton, la pêche ou la plongée sous-marine au-delà de 20 mètres, le vol à voile, l'ULM, le parapente, le parachutisme, le delta-plane, la spéléologie, le canyoning, les sports en eau vive, le rafting, l'alpinisme, l'escalade, la varappe, le saut à l'élastique, les sports de combats et les arts martiaux.

CHAPITRE 5 : COMMENT OBTENIR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ?

5.1 La déclaration et les documents à transmettre

La déclaration

Le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie d'un assuré doivent être déclarés au plus tôt, dès leur survenance, à HENNER.

La déclaration du décès sera effectuée par le ou les bénéficiaires.

Ces déclarations doivent être effectuées par lettre recommandée à HENNER.

Les documents à transmettre

En cas de décès :

- le certificat d'adhésion ;
- un extrait d'acte de décès ;
- un certificat du médecin ayant constaté le décès indiquant la date, les circonstances, et la cause exacte du décès ;
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif ;
- toute preuve de l'accident, de sa cause et de sa date (articles de journaux, témoins, etc. ...)
- une copie du livret de famille ou un certificat d'hérédité suivant le cas ;
- un certificat post mortem et toutes pièces médicales utiles à fournir par les bénéficiaires ;

En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie ou d'invalidité permanente et totale

- un certificat médical détaillé indiquant notamment la date de l'accident ayant entraîné l'invalidité, les lésions constatées, la nature de l'invalidité, les traitements médicaux en cours. Ce certificat médical devra également attester du caractère définitif de l'invalidité, ainsi que de la nécessité d'avoir recours de manière permanente à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante,
- une copie du Procès-verbal de gendarmerie ou de police,
- toute preuve de l'accident, de sa cause et de sa date (articles de journaux...),
- si l'assuré est assuré social, une copie de la mise en Invalidité 3^e catégorie par la Sécurité Sociale ou par son régime d'assurance obligatoire.

Les certificats et rapports médicaux sont à adresser sous pli fermé confidentiel au Médecin conseil de HENNER.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, HENNER pourra être amené à demander aux adhérents ou leurs bénéficiaires des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

5.2 Modalités du règlement des capitaux

En cas de décès

Lorsque l'ensemble des pièces demandées dont le détail est décrit à l'article 5.1 est parvenu, et sous réserve, qu'après étude du dossier, la garantie soit acquise, le montant du capital prévu au certificat d'adhésion peut être payé.

Ce capital est revalorisé suivant les dispositions mentionnées à l'article R. 132-3-1 du Code des assurances, jusqu'au lendemain de la réception des pièces nécessaires à l'exécution du contrat mentionnées à l'article 5.1 ou le cas échéant, jusqu'au dépôt de cette somme à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 132-27-2 du Code des assurances.

En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie ou d'invalidité permanente et totale

Lorsque l'ensemble des pièces demandées dont le détail est décrit à l'article 5.1 est parvenu, et sous réserve, qu'après étude par le gestionnaire du dossier, la garantie soit acquise, le montant du capital prévu au certificat d'adhésion est réglé au bénéficiaire au plus tard sous les trente jours qui suivent.

5.3 Modalités du paiement des capitaux

Le règlement des capitaux est toujours effectué en France, dans la monnaie légale de l'Etat français.

5.4 Contrôle et expertise médicale

Nous nous réservons la possibilité d'effectuer à tout moment, via HENNER, les contrôles que nous jugerons nécessaires afin de pouvoir constater la réalité de l'état de l'assuré. Le refus du libre accès auprès de l'adhérent des médecins entraîne la suspension de la garantie.

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

• Expertise contradictoire :

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expert du gestionnaire, 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'imposent aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

NOTES

Henner PRIVILÉGÉS SANTE est une offre conçue par Henner et gérée par Henner - GMC



Henner, SAS de gestion et de courtage d'assurances - Capital de 5 212 500 € - RCS Nanterre 925 377 739 - TVA intra-communautaire FR48323377739 - Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (www.orias.fr) - Relevant du contrôle de l'ACPR (4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, www.acpr.banque-france.fr) - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - www.henner.com - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur www.henner.com