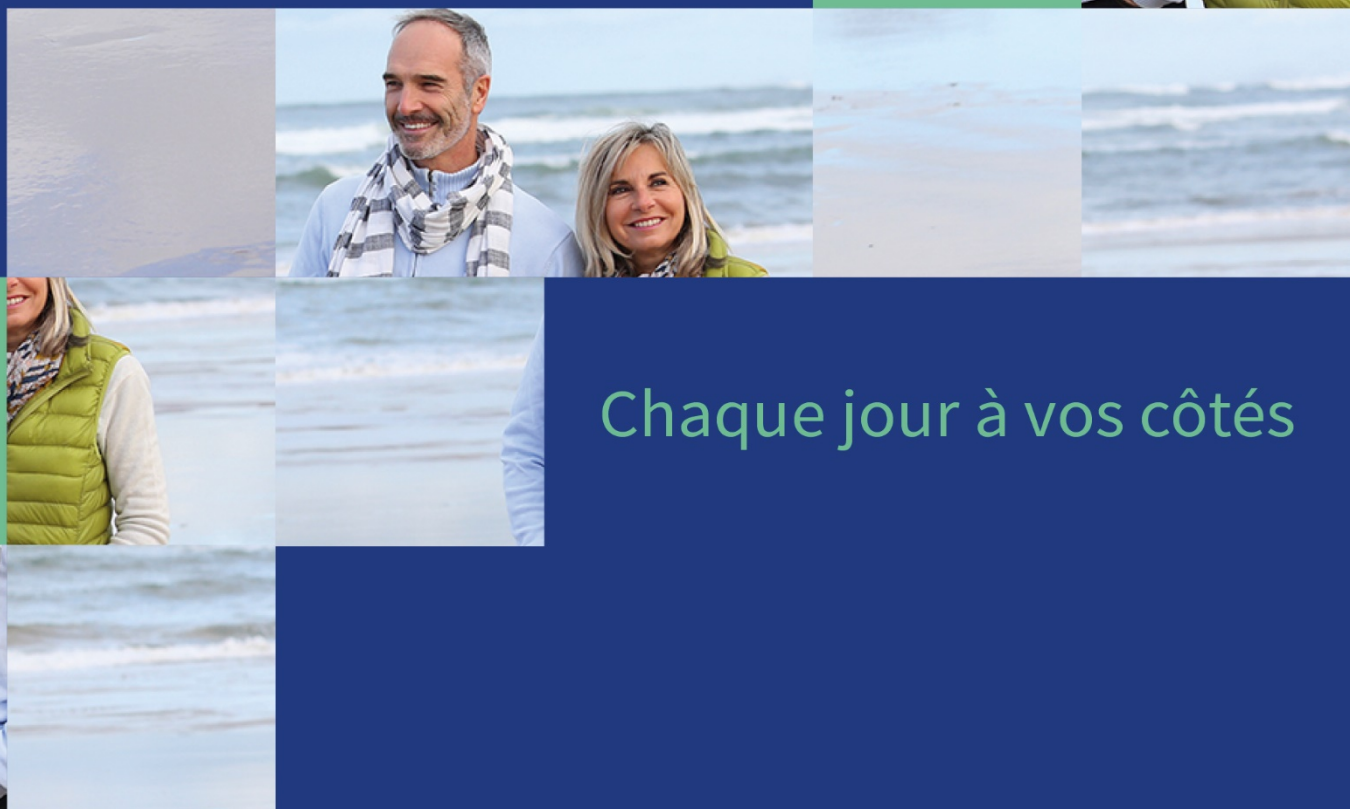




Henner Privilèges Santé

NOTICE
D'INFORMATION

Chaque jour à vos côtés



SOMMAIRE

I. QUELQUES DÉFINITIONS POUR MIEUX NOUS COMPRENDRE	6
II. PRÉSENTATION DU CONTRAT	7
ARTICLE 1 - L'information précontractuelle	7
ARTICLE 2 - Objet du contrat	7
III. FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION	8
ARTICLE 1 - Personnes assurées.....	8
ARTICLE 2 - Conditions et formalités d'adhésion	8
ARTICLE 3 - Vos déclarations	8
ARTICLE 4 - Choix de la formule de garanties	8
ARTICLE 5 - Conclusion de l'adhésion	8
ARTICLE 6 - Prise d'effet des garanties et délai d'attente	8
ARTICLE 7 - Suspension des garanties	8
ARTICLE 8 - Résiliation.....	9
ARTICLE 9 - Droit de renonciation en cas de vente à distance	9
ARTICLE 10 - Les cotisations.....	9
ARTICLE 11 - Prescription	10
ARTICLE 12 - La subrogation.....	10
ARTICLE 13 - Les réclamations - Médiation.....	10
ARTICLE 14 - Protection des données personnelles	10
ARTICLE 15 - L'autorité de contrôle	10
IV. LES GARANTIES	10
ARTICLE 1 - Cadre juridique.....	10
ARTICLE 2 - Ce que garantit le contrat	11
ARTICLE 3 - Modification des garanties.....	12
ARTICLE 4 - La révision des garanties et de l'adhésion	12
ARTICLE 5 - Étendue territoriale des garanties	12
V. LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIES.....	12
ARTICLE 1 - Situations où la garantie ne s'exerce pas	12
ARTICLE 2 - Les limitations de la garantie santé	12
VI. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	12
ARTICLE 1 - Règlement des prestations	12
ARTICLE 2 - Renseignements complémentaires.....	13
ARTICLE 3 - Contrôle et expertise.....	13
ARTICLE 4 - Délais à respecter	13
ARTICLE 5 - Sanctions	13
VII. ARTICLES DU CODE DES ASSURANCES ET DU CODE CIVIL	13
ARTICLE L. 112-3 du Code des Assurances.....	14
ARTICLE L. 112-9 du Code des Assurances.....	14
ARTICLE L. 113-2 du Code des Assurances.....	14
ARTICLE L. 113-3 du Code des Assurances.....	15
ARTICLE L. 113-8 du Code des Assurances.....	15
ARTICLE L. 113-9 du Code des Assurances.....	15
ARTICLE L. 113-12 du Code des Assurances	15
ARTICLE L. 113-16 - Résiliation pour modification ou cessation du risque.....	15
ARTICLE L. 121-12 - Subrogation de l'assureur.....	15
ARTICLE L. 132-5-1 - Faculté de renonciation	15
ARTICLES L. 114-1, L. 114-2 ET L. 114-3 du Code des Assurances.....	15
ARTICLE L. 114-3 - Caractère d'ordre public de la prescription	16
ARTICLE 2240 A 2246 du Code Civil - Causes ordinaires d'interruption de la prescription	16
VIII. ASSISTANCE JURIDIQUE	16
ARTICLE 1 - Les définitions.....	16
ARTICLE 2 - Ce que vous apporte votre contrat.....	16
ARTICLE 3 - Ce qui reste en dehors de votre contrat	16
ARTICLE 4 - Les bénéficiaires de votre contrat.....	16
ARTICLE 5 - La validité de votre contrat.....	16
ARTICLE 6 - La subrogation	16

ARTICLE 7 - La résiliation	17
ARTICLE 8 - Votre prime	17
ARTICLE 9 - Que faire en cas de besoin d'assistance juridique ?	17
ARTICLE 10 - La déclaration de sinistre.....	17
ARTICLE 11 - Nos interventions.....	17
ARTICLE 12 - Plafonds, franchise et seuil d'intervention en euros	17
ARTICLE 13 - La prescription	17
ARTICLE 14 - Les exclusions.....	17
ARTICLE 15 - L'arbitrage (ARTICLE L127-4 du Code des Assurances)	18
ARTICLE 16 - Protection des données personnelles.....	29

IX. ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

01. Cadre des garanties.....	18
02. Comment contacter l'assistance ?	18
03. Qui peut bénéficier des garanties ?	18
04. Où s'appliquent les garanties ?	18
05. Quelle est la période des garanties ?	
06. 06 Protection des données personnelles.....	32

1. Généralités

01. Définitions	18
02. Mise en œuvre des prestations.....	19
03. Conditions d'avance de frais.....	19
04. Exclusions communes à toutes les garanties	20
05. Subrogation	20
06. Informatique et libertés.....	20
07. Responsabilité	20
08. Autorité de contrôle	20
09. Réclamations	20
10. Prescription	21
11. Fausse déclaration	22
12. Loi applicable et juridiction compétente	22

2. Détail des prestations garanties.....

01. Prestations accessibles dès l'adhésion.....	23
02. Prestation accessible aux bénéficiaires en cas d'accident ou de maladie au domicile	24
03. Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	24
04. Prestations accessibles en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures ou d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.....	24
05. Prestation accessible en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours de l'adhérent ou de son conjoint	24
06. Prestation accessible en cas d'immobilisation supérieure à 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.....	24
07. Prestation accessible en cas de radiothérapie ou chimiothérapie de l'adhérent ou de son conjoint	24
08. Prestations accessibles en cas de dépendance ou de handicap de l'adhérent ou de son conjoint	24
09. Prestations accessibles en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint	25

X. L'OPTION CAPITAL ACCIDENT

ARTICLE 1 - Lexique.....	25
ARTICLE 2 - L'objet du contrat	26
ARTICLE 3 - Conditions d'adhésion au contrat.....	26
ARTICLE 4 - Durée et cessation des garanties	26
ARTICLE 5 - Le droit de renonciation	26
ARTICLE 6 - La résiliation de l'adhésion	26
ARTICLE 7 - Les cotisations.....	26
ARTICLE 8 - Vos garanties.....	27
ARTICLE 9 - Les documents à fournir	27
ARTICLE 10 - Le paiement des prestations garanties	27
ARTICLE 11 - Les exclusions de garanties	27
ARTICLE 12 - Les plafonds d'indemnisation.....	28

Votre contrat Henner Santé - VOTRE NOTICE

Le Contrat Henner Santé est un produit d'assurance souscrit auprès de l'Assureur, par la : **Garantie Médicale et Chirurgicale (GMC)**

Association loi 1901
14 Bd du Gal Leclerc
92200 Neuilly-sur-Seine

L'Association et l'Assureur conviennent que le présent contrat est commercialisé à titre exclusif, via son propre réseau commercial par : Henner

14 Bd du Gal Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine
SA au capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739

L'Association et l'Assureur conviennent que le présent contrat est commercialisé à titre exclusif, via son propre réseau commercial par : Henner

14 Bd du Gal Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine

Il est désigné, le délégataire de gestion, dans le texte ci-après. Votre contrat est souscrit auprès de :
SwissLife Prévoyance et Santé Siège social pour le risque complémentaire santé et individuelle accident

7 Rue Belgrand- 92300 Levallois-Perret
SA au capital social de 150 000 000 € - 322 215 021 RCS Nanterre
Entreprise régie par le Code des Assurances
Contrat n° A5466000100

La Compagnie Française de Défense et de Protection (CFDP Assurances) pour le risque assistance juridique

62 rue de Blondel
69003 LYON
Société régie par le Code des Assurances
Contrat n° 06250007

Filassistance pour le risque assistance vie quotidienne

108 bureaux de la Colline
92210 Saint Cloud
Société régie par le Code des Assurances

I. 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 de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent

La personne signant le bulletin d'adhésion et désignée au certificat d'adhésion.

Année d'assurance

Période s'écoulant entre deux dates d'échéance principale.

Assuré(s)

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) aux dispositions personnelles.

Avenant

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

Ayants-droit

Désigne sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat :

- Le conjoint de l'Adhérent bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale ;
- Les enfants à la charge de l'Adhérent ou de son conjoint.

Base de remboursement (BR)

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

On parle de :

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

Bonus fidélité

A l'issue des 3 premières années d'adhésion, les remboursements des dépenses d'optique, dentaire et appareillage auditif sont majorés selon les conditions précisées dans le tableau des garanties. Ces majorations sont doublées à compter de la 5^e année.

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 (DPTAM)** : 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.

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.

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. Elle est indiquée sur le certificat d'adhésion.

Déchéance

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

Délai d'attente

Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et événement survenant au cours de cette période, pendant toute la durée de l'adhésion.

Déléataire

Tierce partie mandatée par l'Assureur pour effectuer des tâches de gestion qui lui ont été contractuellement déléguées.

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.

Dispositions personnelles

Désignent également le certificat d'adhésion.

Domicile

Lieu de résidence principale ou adresse de l'Adhérent ou de l'assuré précisé aux dispositions personnelles.

Dossier d'adhésion

Documents contractuels matérialisant l'adhésion, remis par Henner à l'Adhérent :

- Certificat d'adhésion
- Notice d'information
- Tableau des garanties
- Échéancier annuel des cotisations

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.

Échéance 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 du ou des enfants fiscalement à la charge de l'Adhérent, ou celle du Conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 25^e anniversaire. À compter de 18 ans, les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion des parents moyennant l'acquiescement d'une cotisation adulte. L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.

Établissements médico-sociaux

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

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 CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse).

Elle s'élève à :

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

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

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

Garantie

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

Hospitalisation

Séjour en qualité de patient dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

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.

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 aux dispositions personnelles.

Nullité de l'adhésion

Sanction prévue par la réglementation en cas de fausse déclaration intentionnelle d'un Adhérent. Celui-ci perd alors le bénéfice des garanties de l'offre et les cotisations, payées ou échues, sont acquises aux assureurs de l'offre à titre d'indemnité.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée (DPTAM)

Contrat souscrit sur la base du volontariat et proposé aux médecins titulaires d'un droit de dépassement d'honoraires par lequel ils s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires. Il a pour objectif de favoriser l'accès aux soins des patients en leur permettant d'obtenir un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux.

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 1^{er} 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^e mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) 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.

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.

Plafond annuel de remboursement

Seuil limite annuel de la prise en charge par l'Assureur d'une dépense pour un type d'acte.

Régime Obligatoire - RO

Le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont affiliés les assurés du contrat

Résiliation

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

Sinistre

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

Tarif d'Autorité - TA

Tarif forfaitaire servant de base de remboursement au Régime Obligatoire pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'Assurance Maladie Obligatoire.

Tarif de Convention - TC

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

Tarif de Responsabilité - TR

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

Ticket Modérateur - TM

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

Transport

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

Verres optiques correcteurs

Les verres correcteurs sont définis comme suit :

- **Verres simples** : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00
- **Verres complexes** : foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et à verres multifocaux ou progressifs
- **Verres hypercomplexes** : verres multifocaux ou progressifs spéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

Vous

Désigne l'Adhérent.

II. PRÉSENTATION DU CONTRAT

ARTICLE 1 - L'information précontractuelle

La loi applicable au présent contrat est la loi française, notamment le Code des Assurances. En accord avec l'Assureur et l'Association, nous nous engageons à utiliser, pendant toute la durée du contrat, la langue française.

ARTICLE 2 - Objet du contrat

Le contrat d'assurance complémentaire a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par l'un des événements suivants :

- Maladie ;
- Maternité ;
- Accident.

Les garanties des contrats A5697000100 et A5697000200 interviennent dès lors que les frais ont fait l'objet d'un remboursement de votre Régime Obligatoire. Certaines prestations non couvertes par votre Régime Obligatoire peuvent faire l'objet d'une participation de notre part si elles sont prévues par les garanties souscrites.

Les remboursements sont fonction des garanties choisies et indiquées aux dispositions personnelles. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

III. FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

ARTICLE 1 - Personnes assurées

Pour bénéficier des garanties, vous devez :

- Adhérer à l'association GMC,
- Résider en France,
- Relever d'un Régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, en qualité d'assuré ou d'ayant-droit,
- Être majeur civilement responsable,
- Être âgé à l'adhésion de 18 ans à 80 ans.

Pour les adhérents ayant souscrit les formules responsables, le numéro de contrat suivant s'applique : A5697000100.

Pour les adhérents ayant souscrit la formule Hospi seule (non-responsable), le numéro de contrat suivant s'applique : A5697000300.

Pour les adhérents ayant souscrit la formule 4 non-responsable, le numéro de contrat suivant s'applique : A5697000200.

ARTICLE 2 - Conditions et formalités d'adhésion

L'adhésion à l'assurance se fait lorsque la personne sollicitée par l'intermédiaire d'assurance, ayant reçu et pris connaissance de la Notice d'Information d'une part, et ayant vérifié qu'elle satisfait aux conditions d'éligibilité d'autre part, donne son consentement à l'offre d'assurance. Vous pouvez adhérer au contrat Henner Santé selon les modalités proposées et mises à votre disposition par Henner.

ARTICLE 2.1 - Adhésion sur support papier

L'Adhérent doit remplir, dater et signer une demande d'adhésion comportant :

- Les garanties choisies ;
- Des indications relatives à la situation personnelle des personnes à assurer.

La demande d'adhésion ainsi complétée doit être adressée à Henner, accompagnée des pièces demandées et nécessaires à l'acceptation de l'Adhérent. Par la signature, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion au contrat dont vous avez eu préalable pris connaissance.

ARTICLE 2.2 - Adhésion par voie téléphonique

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que vous fournissez, lors de l'entretien téléphonique, en réponse à la demande d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer et après accord de votre part sur les conditions et caractéristiques de votre adhésion au contrat Henner Santé.

L'Adhérent, l'assureur et l'association conviennent :

- Que les éventuels enregistrements des conversations sont conservés par Henner et qu'ils constituent la preuve de l'identité de l'Adhérent, de son consentement à l'adhésion au contrat Henner Santé,
- de la teneur du contrat, des moyens de paiement de la cotisation et des opérations effectuées en cours d'adhésion.

Qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même, la preuve apportée par l'Adhérent consisterait en un document établi sur support papier.

ARTICLE 3 - Vos déclarations

ARTICLE 3.1 - 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.

ARTICLE 3.2 - En cours d'adhésion

Vous devez nous déclarer toutes les modifications suivantes :

- Changement de la composition de la famille (naissance, mariage, décès);
- 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;
- La souscription de garanties de même nature auprès d'autres assureurs.

La circonstance nouvelle doit être déclarée par l'Adhérent dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

ARTICLE 3.3 - 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.

ARTICLE 4 - Choix de la formule de garanties

Le contrat est composé de plusieurs formules de garanties à votre choix. Vous avez également la possibilité d'opter pour un renfort et ainsi renforcer certaines prestations.

Au moment de l'adhésion, vous avez la possibilité de choisir la formule de garantie 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.

ARTICLE 5 - Conclusion de l'adhésion

ARTICLE 5.1 - Conclusion de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. Elle prend effet dès l'expression du consentement de l'Adhérent dans les conditions visées ci-dessous, sous réserve de l'acceptation de la souscription par l'Assureur :

Adhésion par écrit sur support papier à la date d'enregistrement informatique de la demande de souscription au contrat dûment complétée et signée par l'Adhérent; Adhésion par voie téléphonique à la date de l'entretien téléphonique, au cours duquel l'Adhérent a donné son accord.

ARTICLE 5.2 - Durée

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion, soit 12 mois après la prise d'effet des garanties. L'adhésion se renouvelle en suite d'année en 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 3.8.

ARTICLE 6 - Prise d'effet des garanties et délai d'attente

ARTICLE 6.1 - Prise d'effet

L'acceptation de l'assureur est matérialisée par l'envoi à l'Adhérent de son dossier d'adhésion, constitué entre autre du certificat d'adhésion qui indique la date d'effet de l'adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail des cotisations.

L'adhésion produira ses effets le lendemain du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée aux dispositions personnelles. 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.

Article 6.2 - Délai d'attente

Les garanties du contrat ne comportent pas de délai d'attente sauf :
Formule Hospi Seule = 1 mois*.

** Le délai d'attente est abrogé si les frais sont consécutifs à un accident.*

En cas de modification des garanties à la hausse, la demande sera subordonnée à l'application des délais d'attente mentionnés à l'article 4.3. Modification des garanties.

ARTICLE 7 - 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,
- Séjour hors de France de plus de 2 mois par an en une ou plusieurs périodes, ou à l'étranger dans les pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères (liste consultable auprès du Ministère des Affaires Étrangères), notamment sur son site internet.

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,
- L'assuré revient vivre en France après un séjour: de plus de 2 mois en

une ou plusieurs périodes en dehors du territoire français; à l'étranger dans les pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères.

La suspension des garanties entraîne, pour chaque Assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des accidents, maladie ou maternité survenus pendant cette période.

ARTICLE 8 - Résiliation

ARTICLE 8.1 - Résiliation annuelle (article L. 113-12 du Code des Assurances)

Qui peut résilier ? L'Adhèrent.

A compter du 1^{er} décembre 2020, vous aurez la possibilité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, de résilier votre contrat sans frais ni pénalités. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation du contrat.

Cette résiliation prendra effet un mois après que nous en aurons reçu notification.

Nous attirons votre attention sur le fait que les formalités nécessaires à l'exercice de ce droit pourront être effectuées, pour votre compte, par votre nouvel assureur, lequel s'assurera ainsi de la permanence de votre couverture.

Cette faculté de résiliation pourra être exercée à compter du 1^{er} décembre 2020.

ARTICLE 8.2 - Résiliation en cas de changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle (article L 113-16 du Code des Assurances)

Qui peut résilier ? L'Adhèrent et l'assureur.

Forme de la résiliation et conditions : Pour ce faire, les risques garantis doivent être en relation directe avec la situation antérieure et ne doivent pas se retrouver dans la situation nouvelle. Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception dans les trois mois suivant l'événement.

Prise d'effet : La résiliation prend effet un mois après sa notification.

ARTICLE 8.3 - Résiliation en cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisations (article L. 113-3 du Code des Assurances)

Qui peut résilier ? L'assureur.

Forme de la résiliation et conditions : Envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, au dernier domicile connu de l'Adhèrent, dans les dix jours de la date d'échéance du paiement.

Cette action est totalement indépendante de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice.

Prise d'effet : La garantie est suspendue trente jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. La résiliation prend effet quarante jours après l'envoi de cette lettre. Dans ce cas, la totalité de la cotisation annuelle échue vous sera réclamée.

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

ARTICLE 8.4 - Résiliation en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (article L. 113-9 du Code des Assurances)

Qui peut résilier ? L'assureur.

Forme de la résiliation et conditions : envoi d'une lettre recommandée au dernier domicile connu de l'Adhèrent.

Prise d'effet : la résiliation prend effet dix jours après notification par l'assureur.

ARTICLE 8.5 - Résiliation en cas de décès de l'Adhèrent

Résiliation de plein droit.

Prise d'effet : le 1^{er} jour du mois suivant la réception du certificat de décès. Si d'autres assurés sont garantis, l'adhésion est maintenue jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle elle sera adaptée.

ARTICLE 8.6 - Révision du tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatés sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties

Qui peut résilier ? L'Adhèrent.

Forme de la résiliation et conditions : envoi d'une lettre recommandée à l'assureur dans les trente jours qui suivent la date de notification de

la modification.

Prise d'effet : la résiliation intervient un mois après sa notification.

L'Adhèrent devra verser la portion de cotisation (calculée sur la base du tarif précédent), au prorata du temps écoulé entre la date du dernier appel de cotisation et la date d'effet de la résiliation. Lorsque l'un des renforts est souscrit en option, la résiliation s'effectue dans les mêmes conditions que la garantie principale.

En cas de perte de la qualité d'Adhèrent à GMC (résiliation du contrat par l'association ou démission de l'Adhèrent de l'association), l'adhésion au contrat Henner Santé est maintenue jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Si la résiliation du contrat Henner Santé est à l'initiative de l'assureur, celui-ci s'engage à maintenir des garanties équivalentes aux adhérents qui en feront la demande.

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.

ARTICLE 9 - Droit de renonciation en cas de 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. »

ARTICLE 9.1 - Exécution immédiate du contrat

Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhèrent.

La cotisation dont l'Adhèrent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de renonciation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

ARTICLE 9.2 - Modalités et conditions de renonciation

L'Adhèrent 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 les dispositions personnelles). Il doit pour cela adresser à l'assureur sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.

ARTICLE 9.3 - Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (*nom et prénom de l'Adhèrent*), demeurant à (*domicile principal*) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat Henner Santé n° (*numéro d'adhésion*) que j'ai signé 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*).

ARTICLE 9.4 - Conséquence de la renonciation

Si des prestations ont été versées, l'Adhèrent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de trente jours suivant la renonciation.

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 : L. 112-2-1 du Code des Assurances et L. 121-26 et L. 121-26-1 du Code de la Consommation.

ARTICLE 10 - LES COTISATIONS

ARTICLE 10.1 - Montant des cotisations

En début d'assurance, le montant de la cotisation est fixé en fonction des garanties choisies par l'Adhèrent, de son âge et, le cas échéant, des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des régimes d'Assurance Maladie dont il relève et de son lieu de domicile.

ARTICLE 10.2 - Variation des cotisations

Lors de chaque échéance principale, votre cotisation, en dehors de la variation annuelle liée à l'âge atteint par l'Adhèrent, évoluera en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.

Si les prestations allouées par les régimes obligatoires viennent à être

modifiées, Henner et/ou l'assureur peuvent modifier la cotisation en conséquence à partir de l'événement qui suit cette modification.

Votre cotisation pourra également évoluer :

- En fonction de l'évolution des résultats techniques de l'offre,
- En cas d'ajout ou de retrait d'un Bénéficiaire,
- En fonction des impôts et taxes qui pourraient être établis sur votre cotisation postérieurement à la souscription de votre adhésion.

En cas d'ajout d'un nouveau Bénéficiaire, la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation du nouveau Bénéficiaire lors de la prise d'effet de ses garanties. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Les cotisations évoluent également contractuellement, à chaque échéance principale, en fonction de l'âge des assurés :

- de 2,00 % jusqu'à l'âge de 54 ans ;
- de 3,00 % de 55 à 75 ans ;
- de 3,50 % à partir de 76 ans.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions, toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de cotisations.

ARTICLE 10.3 - 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 l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance anniversaire de l'adhésion.

Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier votre adhésion conformément à l'article 3.8 « Résiliation ».

ARTICLE 10.4 - Paiement des cotisations

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité, mode de règlement, compte à débiter, etc.) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

ARTICLE 10.5 - 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 3.8 « Résiliation » en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

ARTICLE 11 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toute action dérivant des présents contrats est prescrite dans les délais et termes des articles L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code des Assurances.

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 2240 à 2246 du Code Civil.

Les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances et 2240 à 2246 du Code Civil peuvent être consultés au chapitre 7 de la présente notice d'information.

ARTICLE 12 - La subrogation

En cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours conformément à l'article L. 121-12 du Code des Assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

ARTICLE 13 - Les réclamations - Médiation

L'Adhérent ou un ayant droit de l'Adhérent a la possibilité d'adresser une demande au Centre de Relation Client Henner au 03.28.76.37.37, muni de son identifiant.

Si le demandeur n'est pas satisfait de la réponse apportée, il a la possibilité d'adresser une demande à la cellule réclamation : cellulereclamation@henner.fr.

Henner s'engage à accuser réception de la réclamation sous 10 jours et à adresser une réponse dans les meilleurs délais et au plus tard avant 2 mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

En cas de désaccord persistant à l'issue de la procédure de réclamation avec Henner, le demandeur peut saisir le médiateur de l'assurance à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

Le médiateur de l'assurance peut être saisi après épuisement des

procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de l'assurance. Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

ARTICLE 14 - Protection des données personnelles

14.1 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 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.

14.2 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. .
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 le(s) 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

14.3 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.

14.4 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'envois 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.

14.5 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.

14.6 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.

14.7 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 :

SWISSLIFE – DPO - 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr;

- Pour le Courtier et délégué de gestion HENNER, par courrier postal à l'adresse suivante :

HENNER, Data Protection Officer

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

ou par e-mail à l'adresse suivante : libertes@henner.com;

ARTICLE 15 - L'autorité de contrôle

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest – 75009 Paris.

LES GARANTIES

ARTICLE 1 - Cadre juridique

À l'exception de la Formule Hospi Seule non responsable N° A5697000300 et de la Formule 4 non responsable N° A5697000200, le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre à la définition de contrat « solidaire » et de contrat « responsable ». De ce fait, il peut bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation.

Par contrat « solidaire » : On entend un contrat frais de santé dont l'adhésion n'est pas soumise à des formalités médicales et dont les cotisations ne sont pas déterminées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

Par contrat « responsable » : On entend un contrat d'assurance complémentaire santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application. À ce titre, en termes de garantie il doit prévoir des règles et interdictions de prise en charge/

ARTICLE 1.1 - Règles de prise en charge

Le contrat doit :

Prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes prévus à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion:

- Des médicaments remboursés par l'Assurance Maladie, à hauteur de 30 % ou 15 % du tarif de la Sécurité sociale;
- De l'homéopathie;
- Des cures thermales.

Prendre en charge, sans limitation de durée, l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (sauf en établissements médico-sociaux).

Respecter le plafond prévu en cas de dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux n'ayant pas souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO), anciennement libellé contrat d'accès aux soins (CAS).

La prise en charge ne pourra pas dépasser la plus petite des deux limites suivantes : 100 % du tarif de responsabilité et le montant de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins souscripteurs minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité

Respecter un plafond et un plancher de remboursement sur les frais d'optique.

Permettre à l'assuré de pouvoir bénéficier, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, du mécanisme de tiers payant sur les garanties prévues pour les contrats responsables.

Pour le dentaire

- Les soins dentaires, la prophylaxie, la parodontologie et la prévention remboursés par la Sécurité sociale ;
- Les inlays et onlays remboursés par la Sécurité sociale ;
- L'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale ;
- Les prothèses dentaires et inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale dans la limite des plafonds indiqués aux dispositions particulières
- Les frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, l'implantologie, les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie dans les limites des montants indiqués aux dispositions particulières.

Pour l'optique

- Les verres ;
- La monture ;
- Les lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale.
- Pour répondre aux critères des contrats « responsables », la garantie Santé comprend un forfait optique dont le montant incluant le Ticket Modérateur est mentionné au tableau des garanties. Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par Bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 euros. La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de renouvellement de l'équipement.
- Par dérogation, pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, le forfait optique s'applique pour un équipement par an et par Bénéficiaire.

Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, le ticket modérateur sera couvert systématiquement et il ne sera pas limité à une prise en charge tous les deux ans. Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou

multifocaux, les formules prévoyant un forfait optique peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corréolant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

La médecine courante

- Les consultations et visites ;
 - Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
 - Les analyses et examens de laboratoires ;
 - Les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie ;
 - Les actes de spécialité : les actes techniques médicaux (ATM) ;
- En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais dans le cadre des obligations de couverture précisées ci-dessus.

ARTICLE 1.2 - Interdiction de prise en charge

Le contrat :

- 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.

Les garanties de votre contrat sont conformes avec ces dispositions. En cas d'évolutions législatives et/ou réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de votre part (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des Assurances).

ARTICLE 2 - Ce que garantit le contrat

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, mentionnées aux dispositions personnelles et reprise au tableau de garanties, le contrat garantit :

- Le remboursement des frais médicaux;
- Le versement d'indemnités forfaitaires;
- La dispense d'avance de frais (Tiers payant),
- La Garantie Assistance Juridique,
- L'Assistance Vie Quotidienne,

ARTICLE 2-1 - le remboursement des frais médicaux

L'hospitalisation

- Les frais de séjour;
- Les interventions chirurgicales;
- Les actes d'anesthésie et d'obstétrique;
- L'hospitalisation à domicile;
- Les frais de transport du malade ou de l'accidenté;
- Le forfait hospitalier pour une durée illimitée;
- La chambre particulière, dans les limites prévues et mentionnées aux dispositions particulières;
- Le remboursement des frais d'accompagnement, en cas d'hospitalisation d'un proche, dans les limites prévues et mentionnées aux dispositions particulières.
- Les médecines douces non remboursées (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, psychomotricité, ergothérapie, sophrologie, optométrie) et auxiliaires médicaux non remboursés (pédicurie-podologie) si prescrites sur ordonnance par un médecin.

La pharmacie

Les médicaments et l'homéopathie remboursés par la Sécurité sociale.

La pharmacie non remboursée

Les vaccins, antipaludéens et médicaments non remboursés par la Sécurité sociale prescrits sur ordonnance par un médecin.

Les prothèses et les appareillages

- Les prothèses auditives, orthopédiques et capillaires;
- Le versement d'un forfait annuel et par Bénéficiaire pour les prothèses auditives.

Les cures thermales

Le versement d'un forfait par an et par Bénéficiaire, en cas de cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale.

La prévention

Le contrat prend en charge dans le cadre d'un forfait annuel et sur

prescription médicale des actes de dépistage, de prévention et de pharmacie non remboursés, dont la liste est précisée aux dispositions particulières. Le contenu peut évoluer, des actes peuvent être ajoutés ou enlevés, selon les évolutions législatives ou réglementaires et en fonction du progrès médical en matière de prévention.

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.

ARTICLE 2.2 - La Garantie Assistance Juridique

Cette garantie permet de faire respecter les droits et assurer la défense des intérêts des Adhérents grâce à l'intervention d'experts ou d'avocats missionnés pour régler, à l'amiable ou par voie judiciaire, vos litiges. Les détails des prestations et les conditions de garantie font l'objet d'une notice d'information annexée.

ARTICLE 2.3 - L'Assistance Vie Quotidienne

Cette garantie permet l'organisation, en cas d'immobilisation au domicile ou en cas d'hospitalisation suite à une maladie ou un accident, d'une assistance et la prise en charge de différents services. Le descriptif des garanties est joint en annexe.

ARTICLE 2.4 - Le renfort optionnel

Le **Renfort Optique, Dentaire et Prothèses Auditives** prévoit de renforcer les remboursements optiques, dentaires et prothèses auditives en complément de la formule de base choisie: deux niveaux de garanties sont proposés dans le cadre de cette option.

ARTICLE 2.5 - 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.

ARTICLE 3 - Modification des garanties

Les modifications de garanties à la hausse ou à la baisse ne pourront se faire qu'après 12 mois d'assurance, sous réserve de l'acceptation de l'assureur.

En cas de modification des garanties à la hausse, la demande sera subordonnée à l'application des délais d'attente suivants (à compter de la date de changement de garantie):

- 3 mois pour les soins médicaux, paramédicaux et frais d'hospitalisation
- 10 mois pour les prestations dentaires, optiques et appareillages.

Pendant la période du délai d'attente, les prestations de l'ancienne garantie seront appliquées.

Suite à une augmentation de garantie, l'Adhérent ne pourra demander une diminution de celle-ci avant un délai de 2 ans.

ARTICLE 4 - La révision des garanties et de l'adhésion

Les conditions des garanties sont définies en fonction de la législation sociale française en vigueur à la date d'émission du certificat d'affiliation. En cas de modification de cette législation de nature à mettre en cause la portée des engagements réciproques, les présentes dispositions sont susceptibles d'aménagements. L'Adhérent aura alors la possibilité de résilier son adhésion au plus tard dans les 30 jours suivant la date à laquelle ils auront été portés à sa connaissance.

La demande de résiliation devra être adressée par lettre recommandée. À défaut de réception de cette notification de résiliation, les nouvelles conditions de garanties seront considérées comme acceptées de sa part.

Les révisions induites par les évolutions de la réglementation sur le contrat « responsable » ne sont pas concernées par ces dispositions.

ARTICLE 5 - Étendue territoriale des garanties

Le remboursement intervient pour les frais de soins et d'hospitalisations prescrits et engagés en France métropolitaine et dans les DROM. Les frais prescrits et engagés à l'étranger lors de séjours inférieurs à 3 mois consécutifs sont également pris en charge.

Toutefois, le versement des prestations est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire français. Le règlement des soins engagés à l'étranger sera effectué en France métropolitaine en euros. Les séjours à l'étranger supérieurs à 2 mois devront nous être signalés, nous pourrions faire une proposition de garantie.

IV. LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIES

ARTICLE 1 - Situations où la garantie ne s'exerce pas

Les maladies et accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant :

- D'un acte intentionnel de l'assuré;
- De l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits;
- De l'alcoolisme, de l'ivresse ou de la démence;
- De la participation de l'assuré à des rixes sauf légitime défense;
- De la guerre étrangère, de la guerre civile;
- De la participation active de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage ;
- De cataclysme;
- De la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.
- Sont également exclus de la garantie:
- Les soins et actes de toute nature non pris en charge par l'Assurance Maladie, sauf s'il en est fait mention dans le tableau de garanties;
- Les dépenses d'ordre médical ou chirurgical prescrites avant la prise d'effet de l'adhésion ou postérieurement à la date de cessation de la garantie, la continuation d'une hospitalisation intervenue avant cette même prise d'effet ou postérieurement à la date de cessation de la garantie. La date des soins sur le décompte d'Assurance Maladie faisant foi,
- Les soins et prothèses dentaires effectués dans le cadre d'un traitement, les séries d'actes dont la prescription médicale ou dont l'origine du besoin est antérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion. En cas de cessation des garanties, la prise en charge des soins ne sera effective que si le traitement a débuté dans les trois mois de la prescription du praticien;
- Les prothèses dentaires provisoires, hors nomenclature ou non conformes à la nomenclature, ainsi que le support plaque base métallique demandé dans le cas d'une prothèse fixe;
- La Fécondation In Vitro;
- Les maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois;
- Les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour;
- Les traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti; Les frais de diététique (hospitalisation et traitements);
- Les cures de rajeunissement, sommeil et amaigrissement ainsi que leurs suites;
- Les traitements par psychanalyse;
- Les frais de voyage et de séjour en établissement thermal, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérium, home d'enfants;
- La pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent;
- La pratique des sports mécaniques et aériens (ainsi que l'alpinisme et la spéléologie);
- Les frais de chambre particulière pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie.

Si ces exclusions devaient donner lieu à des soins pris en charge par la Sécurité sociale, les frais en découlant seront pris en charge dans les conditions prévues pour les contrats responsables.

ARTICLE 2 - Les limitations de la garantie santé

- Le remboursement du lit d'accompagnement pour les enfants de moins de 16 ans est limité à 10 jours, quelle que soit la formule souscrite.
- La prise en charge de l'hospitalisation en secteur psychiatrique

ou neuro psychiatrique est limitée à 100% de la base de remboursement du régime obligatoire, quelle que soit la formule souscrite.

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.

V. RÉGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 1 - Règlement des prestations

ARTICLE 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.

ARTICLE 1.2 - La procédure classique

Pour obtenir le remboursement des dépenses prises en charge selon la formule de garantie souscrite, vous devez faire parvenir à Henner les pièces mentionnées ci-après, :

La médecine courante

Les décomptes originaux des prestations du Régime Obligatoire.

L'hospitalisation

L'original du décompte des prestations du Régime Obligatoire.

Les originaux des factures de l'établissement hospitalier (ou copie des factures dans le cadre et limite de l'utilisation de l'application mobile Henner +), 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

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 prothèses et les appareillages

L'original du décompte du Régime Obligatoire; la facture détaillée.

Pharmacie non remboursée

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 dé-

penses réelles ; l'original de l'ordonnance établie par un médecin.

Pour tenir compte de la situation particulière de certains dossiers, l'assureur et le délégataire 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.

ARTICLE 1.3 - 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.

ARTICLE 2 - Renseignements complémentaires

Notre médecin-conseil peut vous demander tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accidenté traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale. Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement.

Toutes les informations médicales doivent être transmises sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de Henner. L'Adhérent peut, s'il le souhaite, les adresser via la boîte mail sécurisée mise à sa disposition par Henner : medical.questionnaire@henner.com. L'envoi se fait sous l'entière et pleine responsabilité de l'Adhérent.

ARTICLE 3 - 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. L'assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Les honoraires du médecin que nous avons mandaté sont à notre charge, l'assuré conservant à sa charge ceux éventuellement exposés en cas d'assistance par le médecin de son choix. La décision sera communiquée à l'assuré par notre médecin-conseil. Si l'assuré ne l'a pas contesté dans les trente jours, le diagnostic du médecin-conseil est considéré comme acquis. En cas de désaccord, l'assuré doit transmettre une attestation médicale contradictoire.

Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les médecins désignent un expert (s'ils n'y parviennent pas, la désignation est effectuée par le président du tribunal de grande instance du lieu du domicile de l'assuré). Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés moitié par nous, moitié par vous.

Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

ARTICLE 4 - 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.

ARTICLE 5 - Sanctions

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

VI. ARTICLES DU CODES DES ASSURANCES ET DU CODE CIVIL

Article L. 112-2-1 du Code des Assurances – Vente à distance aux consommateurs [...]

II. 1. Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir:

- a) soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;
 - b) soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ;
- 2.** Toutefois, en ce qui concerne les contrats d'assurance vie, le délai précité est porté à trente jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir:
- a) soit à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu ;

b) soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a;

3. Le droit de renonciation ne s'applique pas :

a) aux polices d'assurance de voyage ou de bagage ou aux polices d'assurance similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois;

b) aux contrats d'assurance mentionnés à l'article L. 211-1 du présent code;

c) aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du consommateur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

III. En temps utile avant la conclusion à distance d'un contrat le souscripteur reçoit les informations suivantes :

1. La dénomination de l'entreprise d'assurance contractante, l'adresse de son siège social, lorsque l'entreprise d'assurance est inscrite au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture ;

2. Le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant au souscripteur de vérifier celle-ci ;

3. La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;

4. La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;

5. L'existence ou l'absence d'un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée.

Le souscripteur doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation;

6. La loi sur laquelle l'assureur se fonde pour établir les relations pré-contractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'assureur s'engage à utiliser, avec l'accord du souscripteur, pendant la durée du contrat ;

7. Les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation. Les informations sur les obligations contractuelles communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

IV. L'assureur doit également indiquer, pour les contrats d'assurance vie les informations mentionnées à l'article L. 132-5-1, notamment le montant maximal des frais qu'il peut prélever et, lorsque les garanties de ces contrats sont exprimées en unités de compte, les caractéristiques principales de celles-ci. Dans ce dernier cas, il doit en outre préciser qu'il ne s'engage que sur le nombre des unités de compte et non sur leur valeur qui peut être sujette à des fluctuations à la hausse comme à la baisse.

V. Un décret en Conseil d'État fixe les informations communiquées au souscripteur en cas de communication par téléphonie vocale.

VI. Les infractions aux dispositions du présent article sont constatées et sanctionnées par l'Autorité de contrôle prudentiel dans les conditions prévues à la section 2 du chapitre unique du titre Ier du livre III. Les infractions constituées par l'absence matérielle des éléments d'information prévus au III du présent article, ainsi que le refus de l'assureur de rembourser le souscripteur personne physique dans les conditions fixées à l'article L. 121-20-13 du Code de la consommation peuvent également être constatées et poursuivies dans les conditions prévues à l'article L. 121-20-17 du même code.

Les conditions d'application du présent article sont définies en tant que de besoin par décret en Conseil d'État.

ARTICLE L. 112-3 du Code des Assurances

Le contrat d'assurance et les informations transmises par l'assureur au souscripteur mentionnées dans le présent code sont rédigés par écrit, en français, en caractère apparents.

Par dérogation aux dispositions du précédent alinéa concernant l'emploi de la langue française, lorsque, en vertu des articles L. 181-1 et L. 183-1, les parties au contrat ont la possibilité d'appliquer une autre loi que la loi française, les documents mentionnés au premier alinéa du présent article peuvent être rédigés dans une autre langue que le français. Le choix d'une autre langue que le français est effectué d'un commun accord entre les parties et, sauf lorsque le contrat couvre les grands risques définis à l'article L. 111-6, à la demande écrite du seul souscripteur.

Lorsque les parties au contrat n'ont pas la possibilité d'appliquer une autre loi que la loi française, ces documents peuvent toutefois, d'un commun accord entre les parties et à la demande écrite du seul souscripteur, être rédigés dans la langue ou dans l'une des langues officielles de l'État dont il est ressortissant.

Lorsque, avant la conclusion du contrat, l'assureur a posé des questions par écrit à l'assuré, notamment par un formulaire de déclaration du risque ou par tout autre moyen, il ne peut se prévaloir du fait qu'une question exprimée en termes généraux n'a reçu qu'une réponse imprécise.

Toute addition ou modification au contrat d'assurance primitif doit être constatée par un avenant signé des parties. Par dérogation, la modification proposée par l'assureur d'un contrat complémentaire santé individuel ou collectif visant à le mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur. L'assureur informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix en application du même article. Ce dernier dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des adhérents ou affiliés par le souscripteur.

Les présentes dispositions ne font pas obstacle à ce que, même avant la délivrance de la police ou de l'avenant, l'assureur et l'assuré ne soient engagés l'un à l'égard de l'autre par la remise d'une note de couverture.

ARTICLE L. 112-9 du Code des Assurances

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 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.

La proposition d'assurance ou le contrat comporte, à peine de nullité, la mention du texte du premier alinéa et comprend un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'entreprise d'assurance est tenue de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur 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.

Le présent article n'est applicable ni aux contrats d'assurance sur la vie ou de capitalisation ni aux contrats d'assurance de voyage ou de bagages ni aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois. Les infractions aux dispositions du présent article sont constatées et

sanctionnées par l'autorité instituée à l'article L. 612-1 du Code monétaire et financier dans les conditions prévues au livre III du présent code.

II. Les infractions constituées par la violation des dispositions du deuxième alinéa et de la deuxième phrase du quatrième alinéa du I sont recherchées et constatées dans les mêmes conditions que les infractions prévues au I de l'article L. 141-1 du Code de la consommation.

Est puni de 15 000 euros d'amende le fait de ne pas rembourser le souscripteur dans les conditions prévues à la deuxième phrase du quatrième alinéa du I du présent article.

ARTICLE L. 113-2 du Code des Assurances

L'assuré est obligé :

1. De payer la prime ou cotisation aux époques convenues ;
2. De répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ;
3. De déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus. L'assuré doit, par lettre recommandée, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance ;
4. De donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le contrat, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur. Ce délai ne peut être inférieur à cinq jours ouvrés.

Ce délai minimal est ramené à deux jours ouvrés en cas de vol et à vingt-quatre heures en cas de mortalité du bétail.

Les délais ci-dessus peuvent être prolongés d'un commun accord entre les parties contractantes.

Lorsqu'elle est prévue par une clause du contrat, la déchéance pour déclaration tardive au regard des délais prévus au 3° et au 4° ci-dessus ne peut être opposée à l'assuré que si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. Elle ne peut également être opposée dans tous les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

Les dispositions mentionnées aux 1°, 3° et 4° ci-dessus ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

ARTICLE L. 113-3 du Code des Assurances

La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixés par décret en Conseil d'État.

À défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré.

Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionnés au deuxième alinéa du présent article. Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement. Lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'assureur ne peut faire usage des dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la résiliation du contrat.

Les dispositions des deuxième à avant-dernier alinéas du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

ARTICLE L. 113-8 du Code des Assurances

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

ARTICLE L. 113-9 du Code des Assurances

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 l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'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.

ARTICLE L. 113-12 du Code des Assurances

La durée du contrat et les conditions de résiliation sont fixées par la police.

Toutefois, l'assuré a le droit de résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, en envoyant une lettre recommandée à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance. Ce droit appartient, dans les mêmes conditions, à l'assureur. Il peut être dérogé à cette règle pour les contrats individuels d'assurance maladie et pour la couverture des risques autres que ceux des particuliers. Le droit de résilier le contrat tous les ans doit être rappelé dans chaque police. Le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

ARTICLE L. 113-16 – Résiliation pour modification ou cessation du risque

En cas de survenance d'un des événements suivants :

- Changement de domicile;
- Changement de situation matrimoniale;
- Changement de régime matrimonial;
- Changement de profession;
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,
- Le contrat d'assurance peut être résilié par chacune des parties lorsqu'il a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement. La résiliation prend effet un mois après que l'autre partie au contrat en a reçu notification. L'assureur doit rembourser à l'assuré la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation. Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à l'assureur dans les cas de résiliation susmentionnés. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. Elles sont applicables à compter du 9 juillet 1973 aux contrats souscrits antérieurement au 15 juillet 1972. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment la date qui, pour chacun des cas énumérés au premier alinéa, est retenue comme point de départ du délai de résiliation.

ARTICLE L. 121-12 – Subrogation de l'assureur

L'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à la responsabilité de l'assureur.

L'assureur peut être déchargé, en tout ou en partie, de sa responsabilité envers l'assuré, quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur.

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne

directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

ARTICLE L. 132-5-1 – Faculté de renonciation

Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. La renonciation entraîne la restitution par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal. Les dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté ministériel. Elles ne s'appliquent pas aux contrats d'une durée maximale de 2 mois.

ARTICLES L. 114-1, L. 114-2 ET L. 114-3 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 du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Article L. 114-2 – Causes d'interruption de la prescription

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 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 L. 114-3 – Caractère d'ordre public de la prescription

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.

ARTICLE 2240 À 2246 du Code Civil – Causes ordinaires d'interruption de la prescription - 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.

VIII. ASSISTANCE JURIDIQUE

Le présent document constitue la notice d'information prévue par la législation. Il résume les dispositions du contrat 06250007 souscrit par la Garantie Médicale et Chirurgicale auprès de CFDP Assurance.

ARTICLE 1 - Les définitions

Les bénéficiaires

:

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

Nous

CFDP Assurance.

Le Tiers

Toute personne étrangère au contrat.

Le Litige

Une situation conflictuelle vous opposant à un tiers, causée par un évènement 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 bénéficiaires de votre contrat

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

ARTICLE 5 - La validité 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'évènement 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 action contre les tiers vous ayant causé préjudice (notamment pour les articles 700 du nouveau Code de Procédure Civile ou 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 résiliation

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

ARTICLE 10 - La déclaration 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 : 558 €
- 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 cautions, 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, l761-1 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 CFDP Assurances. CFDP 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 données à caractère 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 CFDP Assurances 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 et accessible dans votre Espace Client.

IX. ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

ANNEXE 1 : Conditions générales des garanties d'assistance valant notice d'information - Contrat collectif n° GAC18SAN1741 -Offre Privilèges Santé Senior.

GARANTIE MÉDICALE ET CHIRURGICALE (GMC), association de Loi 1901

déclarée à la Préfecture de Police de Paris, enregistrée sous le n° SIREN 784 411 357, n° RNA W751016775, dont le siège social est situé au 14 boulevard du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine, a souscrit le contrat collectif n° GAC18SAN1741, au profit de ses adhérents et au- près de **Filassistance**, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

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

01. Cadre des garanties

02. Comment contacter Filassistance ?

Téléphone	01 70 36 06 94 (depuis la France)
	+33 1 70 36 06 94 (depuis l'étranger)
Télécopie	09 77 40 17 87
Adresse postale	108 bureaux de la Colline 93 213 Saint-Cloud Cedex
Courriel	assistance.personnes@filassistance.fr

03. Qui peut bénéficier des garanties ?

Ont la qualité de bénéficiaires, l'Adhérent, son conjoint, leur(s) enfant(s) fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie. Les bénéficiaires doivent résider en France telle que définie ci-dessous.

04. Où s'appliquent les garanties ?

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'Adhérent, telle que définie ci-dessous.

05. Quelle est la période des garanties ?

Les garanties du présent Contrat suivent le sort du contrat d'assurance santé « PRIVILÈGES SANTÉ GAMME 9 » auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile, avenant, suspension, résiliation, etc.).

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'évènement à l'origine de la demande d'assistance survient durant la période de validité du présent Contrat et au plus tôt, à compter du 1^{er} décembre 2019.

Les garanties prennent fin :

En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance santé « PRIVILÈGES SANTÉ GAMME 9 » ;

En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° GAC18SAN1741.

1 - Généralités

01. Définitions

Accident	Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.
Actes de la vie quotidienne	Se lever/ se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son domicile.
Adhérent	Toute personne physique, adhérent au Contrat d'assistance n° GAC18SAN1741 et qui s'engage à acquitter la cotisation émise aux périodes définies.
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.
AGGIR	Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.
Auxiliaire de vie	Intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers), dans le but de maintenir la personne à son domicile.
Autorité médicale	Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.
Bénéficiaire	Toute personne désignée à l'article 2 du paragraphe A, ci-avant.
Bénéficiaire Aidant/Aidant	Le Bénéficiaire qui assiste la personne en état de dépendance totale ou partielle. Le Bénéficiaire Aidant apporte une aide quotidienne à l'Aidé pour les actes de la vie courante. Sauf clause contraire, le Bénéficiaire aidant devra avoir le même domicile ou visiter quotidiennement à domicile son aidé.
Conjoint	Le conjoint marié à l'Adhérent, 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'Adhérent.
Contrat	Le Contrat collectif d'assistance n° GAC-18SAN1741.
Dépendance	État de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.
Dépendant/Aidé	Le proche parent de l'Adhérent 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'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

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 et les Départements-Régions d'Outre-mer français : Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion.
Franchise	Part des frais qui reste définitivement à la charge de l'Adhérent.
Handicap	Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).
Hospitalisation	Sauf stipulation contraire , tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, dans un Etablissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident ou une Maladie.
Hospitalisation imprévue	Tout séjour imprévu d'une durée supérieure à 24 heures, hors séjour ambulatoire, dans un Etablissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident ou une Maladie dont la survenance n'était pas connue dans les cinq (5) jours avant son déclenchement.
Immobilisation	État 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 soudaine et imprévisible de la santé, 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, 1 ^{re} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.
Zone de résidence	<ul style="list-style-type: none"> • Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine: zone couvrant la France métropolitaine. • Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français: zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le domicile de l'Adhérent.

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 indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat n° **GAC18SAN1741**. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **Filassistance**.

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

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

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie, excluent un remboursement à

posteriori ou une indemnité compensatoire.

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. 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.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'Équipe médicale de Filassistance.

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'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

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

Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone du **lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite. **Filassistance** s'engage à fournir une réponse dans un **délaï maximal de 72 heures**.

La responsabilité de **Filassistance** ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

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

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire 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.

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. Conditions d'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.

Conditions préalables au versement de l'avance par

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

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.

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.

04. Exclusions communes à toutes les garanties

Exclusions générales

Filassistance ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention. Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Adhérent ou le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

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

- des frais engagés sans l'accord préalable de **Filassistance** ;
- des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;
- de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement ;
- des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-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'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, en tant que concurrent, 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 à titre non amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- 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 cataclysmes naturels ;
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;
- de la participation volontaire de l'Adhérent 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'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion ;
- d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;

05. Subrogation

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

L'Adhérent 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.

06. 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 les Adhérents 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 leur 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.

07. 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'Adhérent, de prouver la défaillance de **Filassistance**.

Filassistance est seule responsable vis-à-vis de l'Adhérent, 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'Adhérent, 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'Adhérent.

En tout état de cause, Filassistance ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et apprécié par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

08. Informatique et libertés

Filassistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459– 75436 PARIS CEDEX 09.

09. Réclamations

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps : auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice, par courrier à l'adresse suivante : **Filassistance** - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT- CLOUD CEDEX, par mail à qualite@filassistance.fr, sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ». **Filassistance** adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée à l'Adhérent dans ce délai. A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont l'Adhérent sera informé. Si le désaccord persiste, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra soit saisir les tribunaux compétents, soit saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance en adressant sa demande : par courrier à l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09, sur le site internet www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

10. 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'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'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 2e alinéa ci-dessus, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

ARTICLE L.114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires

d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Caractère d'ordre public de la prescription

ARTICLE L.114-3 :

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

Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

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

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

ARTICLE 2240 du Code Civil

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

Demande en justice

ARTICLE 2241 du Code Civil

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.

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 les héritiers.

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

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

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

ARTICLE 2246 du Code Civil

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

Causes de report et de suspension de la prescription

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

ARTICLE 2233 du Code Civil

La prescription ne court pas :

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

ARTICLE 2234 du Code Civil

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

ARTICLE 2235 du Code Civil

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

ARTICLE 2236 du Code Civil

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

ARTICLE 2237 du Code Civil

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

ARTICLE 2238 du Code Civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation.

La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée.

En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

ARTICLE 2239 du Code Civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée. Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

11. Fausse déclaration

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent 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'Adhérent 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

Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Organisation sans prise en charge
Prestation accessible en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures ou d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours de l'Adhérent ou de son conjoint	
Aide à domicile (non cumulable avec « Jardinage ou petit bricolage »)	15 heures maximum par Evénement réparties sur les 10 jours ouvrés consécutifs suivant la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation
Jardinage ou petit bricolage (non cumulable avec « Aide à domicile »)	15 heures maximum par Evénement réparties sur les 10 jours ouvrés consécutifs suivant la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation
Portage de repas	10 portages de repas maximum par Evénement (seuls les frais de transport sont pris en charge)
Acheminement des médicaments	Prise en charge des frais de livraison, 1 fois par Evénement
Garde des animaux de compagnie	30 jours maximum par Evénement
Garde ou transfert des petits-enfants âgés de moins de 12 ans	
Garde au Domicile	15 heures maximum par Evénement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation
Ou Transfert chez un proche	1 Titre de transport
Prestation accessible en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours de l'Adhérent ou de son conjoint	
Téléassistance	Prise en charge des frais de mise en service d'un appareil par foyer
Prestation accessible en cas d'immobilisation supérieure à 5 jours de l'Adhérent ou de son conjoint	
Transport aux rendez-vous médicaux	2 allers/retours par Evénement pendant la période d'immobilisation
Prestation accessible en cas de radiothérapie ou chimiothérapie de l'Adhérent ou de son conjoint	
Aide à domicile ou Auxiliaire de vie	20 heures réparties sur les 12 mois suivant le début du traitement dans la limite de 4 heures par semaine
Prestations accessibles en cas de dépendance ou de handicap de l'Adhérent ou de son conjoint	
Renseignements sur la dépendance	Informations téléphoniques
Aide à la constitution de dossier	Informations téléphoniques
Bilan prévention autonomie	Informations téléphoniques
Aide à la constitution de dossier	Informations téléphoniques
Recherche d'établissements temporaires ou permanents	Informations téléphoniques

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.

12. 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 des- quels se situe le domicile de l'Adhérent.

2 - Détail des prestations de garanties

Prestations accessibles dès l'adhésion	
Informations santé	Informations téléphoniques
Informations vie pratique et juridique	Informations téléphoniques
Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence	Informations téléphoniques
Bilan prévention perte de mémoire	Informations téléphoniques
Services à la carte	Mise en relation sans prise en charge
Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique	Informations téléphoniques
Prévention des risques cardio-vasculaires	Informations téléphoniques
Prestation accessible aux bénéficiaires en cas d'accident ou de maladie audomicile	
Aidant de remplacement (en cas d'Hospitalisation imprévue supérieure à 24h ou d'immobilisation supérieure à 5 jours de l'Aidant de l'Adhérent ou du Conjoint en état de Dépendance ou de Handicap)	
Venue d'une Auxiliaire de vie ou d'une Aide à domicile	30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés par Événement suivant la date de début d'Hospitalisation ou d'Immobilisation
Ou Transfert chez un proche	1 titre de transport
Ou Venue d'un proche	1 titre de transport

Si nécessaire, l'équipe médico-psycho-sociale de **Filassistance** pourra orienter le Bénéficiaire vers son médecin traitant afin que soit réalisé un examen complet par des professionnels compétents.

Filassistance pourra également lui indiquer les coordonnées de médecins spécialistes, de professionnels de santé (kinésithérapeutes, stomathérapeutes...), d'établissements hospitaliers ou associations les plus proches de son Domicile.

Bilan prévention perte de mémoire

L'équipe pluridisciplinaire de **Filassistance** réalise une évaluation médico-psycho-sociale du Bénéficiaire.

En cas de plainte amnésique objectivée, le Bénéficiaire est orienté vers une filière de prise en charge (évaluation spécialisée des fonctions cognitives, orientation vers les structures proposant une stimulation cognitive, écoute, information, accompagnement). En

cas de vieillissement normal des fonctions cognitives, le Bénéficiaire peut bénéficier d'un programme d'entraînement et d'un accompagnement personnalisé.

Les services à la carte

(accès aux services à la personne et aux services divers)

Ces services sont accessibles à **tout moment**.

Filassistance recherche et met en relation le Bénéficiaire avec l'un des prestataires suivants, **sous réserve des disponibilités locales** :

- Livraison de repas, de courses, de médicaments.
- Télé sécurité, garde du domicile (vigile).
- Garde des petits-enfants, des animaux de compagnie.
- Aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements.
- Auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux.
- Coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service « blanchisserie ».
- Et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km du domicile ...).

Filassistance indique au Bénéficiaire quels sont les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Filassistance met en relation le Bénéficiaire avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Prévention des risques cardio-vasculaires

Filassistance informe le Bénéficiaire sur les risques cardio-vasculaires qu'il encourt. Il pourra ainsi acquérir des connaissances sur les facteurs de risques qu'il présente et ainsi être éduqué aux bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie. Dans cette optique, le Bénéficiaire pourra donc bénéficier d'informations de prévention et d'accompagnement en fonction des facteurs de risque détectés qui lui sont propres.

01. Prestation accessible aux bénéficiaires en cas d'accident ou de maladie au domicile

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

02. Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical

Filassistance apporte son aide, en l'absence du médecin traitant, pour trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical, sur le lieu de survenance de l'Accident ou de la Maladie. **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'Adhérent ou de son Conjoint.

03. Prestations accessibles en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures ou d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint

Aide à domicile

Filassistance prend en charge et met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une Aide à domicile, afin de le soulager dans ses tâches ménagères, dans les conditions telles que prévues ci-après.

Filassistance prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile à hauteur de 15 heures maximum par Événement réparties sur les 10 jours ouvrés consécutifs suivant la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.

La prestation « Aide à domicile » n'est pas cumulable avec la prestation d'assistance « Jardinage ou petit bricolage ».

Jardinage ou petit bricolage

Si l'Adhérent ou son Conjoint est éligible aux conditions d'attribution de la prestation « Aide à domicile » et s'il le préfère, la prestation « Aide à domicile » peut être remplacée par la

prestation « Jardinage ou petit Bricolage ».

Filassistance prend en charge et met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint un jardinier ou un homme toutes mains, afin de le soulager dans les petits travaux d'entretien du jardin (tonte de la pelouse, arrosage des plantes, taille des haies, déneigement des abords immédiats du domicile) ou dans le petit bricolage (fixation d'une étagère ou d'un cadre, pose de rideaux, remplacement de joints, pose d'un lustre ou changement d'une ampoule). 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'Adhérent ou de son Conjoint, par le service médical de **Filassistance**.

Filassistance prend en charge la rémunération du prestataire à hauteur de 15 heures maximum réparties sur les 10 jours suivant la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Aide à domicile ».

Portage de repas

Filassistance organise et prend en charge la livraison de 10 portages de repas maximum par Événement. La solution de portage de repas permet à l'Adhérent ou à son Conjoint, lors de sa commande, de trouver une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas reste à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint. Sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.

Acheminement des médicaments

Filassistance organise et prend en charge l'acheminement de médicaments au Domicile de l'Adhérent, si selon la prescription médicale, il s'agit de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé. Cette garantie s'applique si l'Adhérent ou son Conjoint ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le renouvellement 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 de l'Adhérent, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles. Le coût du ou des médicaments sera pris en charge financièrement par l'Adhérent ou par son Conjoint. Cette prestation peut être mise en place 1 fois 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 de 30 jours maximum par Événement.

Garde ou transfert des petits-enfants âgés de moins de 12 ans

Si personne ne peut s'occuper des petits-enfants âgés de moins de 12 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint qui sont au Domicile sous leur garde lors de l'Événement, **Filassistance** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent 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 15 heures maximum par Événement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation ;
- OU le transfert des enfants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition un Titre de transport.

04. Prestation accessible en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours de l'adhérent ou de son conjoint

Téléassistance

Filassistance met à la disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint un appareil de téléassistance qui sécurise son maintien à domicile. D'un simple geste, il peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

24H/24 et 7J/7, l'Adhérent ou son Conjoint peut bénéficier d'une écoute par les équipes d'assistance qui, si nécessaire, feront appel aux structures d'urgence pour lui porter secours sans prendre en charge les frais liés aux interventions.

Filassistance prend en charge les frais de mise en service d'un

appareil par foyer.

Si le Domicile de l'Adhérent est situé :

- en France Métropolitaine, **Filassistance** organise et prend en charge la mise à disposition du service de téléassistance sous réserve de la remise d'un RIB à **Filassistance**,
- dans un DOM, **Filassistance** rembourse le mois d'abonnement de téléassistance et les frais de mise en service sous réserve de la réception des factures justifiant des frais engagés.

05. Prestation accessible en cas d'immobilisation supérieure à 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint

Transport aux rendez-vous médicaux

Filassistance organise et prend en charge, sur prescription médicale et avec l'accord du médecin de **Filassistance**, le transport de l'Adhérent ou son Conjoint, en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, au lieu du rendez-vous médical dans un rayon de 50 Km du Domicile. Cette prestation est limitée à 2 aller/retour par Événement et ne s'applique que pendant la période d'Immobilisation.

06. Prestation accessible en cas de radiothérapie ou chimiothérapie de l'adhérent ou de son conjoint

Aide à domicile ou auxiliaire de vie

Filassistance prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile ou une Auxiliaire de vie, dans les conditions telles que prévues ci-après. Avant la mise en œuvre de la prestation, le protocole de soins devra être adressé à **Filassistance** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **Filassistance**.

Filassistance prend en charge 20 heures réparties sur les 12 mois suivant le début du traitement dans la limite de 4 heures par semaine. En tout état de cause, le plafond demeure de 20 heures maximum réparties sur 12 mois en cas de traitement associant radiothérapie et chimiothérapie pour un même Événement.

07. Prestations accessibles en cas de dépendance ou de handicap de l'adhérent ou de son conjoint

Renseignements sur la dépendance

Filassistance communique à l'Adhérent ou à son Conjoint toutes les informations nécessaires dans le cadre de la survenance de la Dépendance ou du Handicap, notamment ses droits et les démarches à effectuer. De même, **Filassistance** met en contact l'Adhérent ou son Conjoint avec les organismes concernés.

Aide à la constitution de dossier

Filassistance aide l'Adhérent ou son Conjoint dans la constitution du dossier lié à la Dépendance ou au Handicap (par exemple pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée).

Bilan de prévention autonomie

À la demande de l'Adhérent, de son Conjoint ou de l'un de ses proches, l'équipe pluridisciplinaire de **Filassistance** composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, réalise un « bilan prévention autonomie ».

Le bilan prévention autonomie de **Filassistance** aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours et notamment l'isolement social, l'entretien du Domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillement. Ce bilan est à la disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint afin de favoriser son maintien à Domicile et préserver sa qualité de vie.

L'équipe de **Filassistance** délivre des conseils et des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'Adhérent, son Conjoint ou ses proches dans les démarches de maintien à Domicile. En fonction des besoins recensés par l'équipe de **Filassistance** et à la demande de l'Adhérent ou de son Conjoint, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) pourra réaliser un diagnostic plus complet à son domicile, sur l'aménagement de son habitat et de son environnement et proposer ainsi des solutions de prévention (pour éviter les hospitalisations ou les rechutes, rééducation, réadaptation afin d'améliorer son niveau d'indépendance, proposition d'aide spécifique au handicap, ...) en synergie avec des intervenants locaux.

Les frais engagés sont à la charge de l'Adhérent, de son Conjoint ou de ses proches.

Le recours au médecin traitant sera systématiquement conseillé

pour aborder l'approche médicale/Dépendance (**reconnaissance et prise en charge thérapeutique**).

De plus, l'équipe de **Filassistance** aide l'Adhérent ou son Conjoint à constituer un dossier perte d'autonomie/Dépendance, à établir un état de ses dépenses et de ses revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière.

Selon la situation de l'Adhérent, l'équipe de **Filassistance** le conseille (ainsi que ses proches) sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, ...), l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.

Les informations transmises par l'équipe de **Filassistance** sont **communiquées dans le respect de la déontologie médicale et des professionnels de santé traitants qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées.**

Recherche d'établissements temporaires ou permanents

Filassistance recherche et indique les établissements temporaires ou permanents spécialisés (selon la spécialité préconisée par le médecin traitant) qui peuvent recevoir l'Adhérent ou son Conjoint, en état de Dépendance ou de Handicap, **sous réserve de disponibilités dans le centre ou l'établissement indiqué.**

Si l'Adhérent ou son Conjoint le souhaite, **Filassistance** peut réserver un lit dans un établissement spécialisé le plus proche de son Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.**

Aidant de remplacement

En cas d'Hospitalisation imprévue **supérieure à 24 heures** ou d'Immobilisation **supérieure à 5 jours** de l'Aidant de l'Adhérent ou de son Conjoint en état de Dépendance ou de Handicap, **Filassistance** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous :

- La venue d'une Auxiliaire de vie ou d'une Aide à domicile : le nombre d'heures attribué est évalué par **Filassistance** selon la situation et ne pourra dépasser 30 heures maximum réparties sur les 5 jours ouvrés par Événement suivant la date de début d'Hospitalisation ou d'Immobilisation ;
- OU le transfert de l'Adhérent ou de son Conjoint, chez un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à sa disposition un **Titre de transport** ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition un **Titre de transport**.

08. Prestations accessibles en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint

Informations sur l'organisation des obsèques

Filassistance met à la disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint, un service d'informations téléphoniques sur l'organisation des obsèques et notamment :

obsèques civiles ou religieuses,

- prélèvement d'organes,
- don du corps,
- constatation,
- déclaration,
- les papiers à fournir
- les organismes à prévenir
- les soins de conservation
- les cimetières et concessions
- chambres funéraires,
- transports,
- inhumation,
- coût des obsèques.

Avance des frais d'inhumation

Si les proches de l'Adhérent ou du Conjoint ne peuvent pas régler les frais d'inhumation, **Filassistance** leur accorde une avance **dans la limite de 3 000 €** contre remise d'un chèque de caution. **Cette avance est remboursable dans les conditions de l'article B.2.5.**

FILASSISTANCE INTERNATIONAL

Société Anonyme au capital de 4 100 000 €
433 012 689 RCS NANTERRE
Siège social : 108 Bureaux de la Colline,



X. L'OPTION CAPITAL ACCIDENT

ARTICLE 1 - Lexique

ARTICLE 1.1 - Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, survenue pendant la durée de l'adhésion, et provenant de l'action soudaine, imprévisible et exclusive d'une cause extérieure.

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.

Par ailleurs, toute blessure ou lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération chirurgicale non consécutive à un accident, ne peut être considérée comme un accident.

ARTICLE 1.2 - Accident de la circulation

Par accident de la circulation on entend, tout accident survenant sur la voie publique en tant que piéton, cycliste, conducteur ou passager d'un véhicule de tourisme motorisé, y compris d'un taxi, autre qu'un moyen de transport en commun.

ARTICLE 1.3 - Assuré(s)

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) aux dispositions personnelles.

Il s'agit dans le cas de la formule :

- **Solo** : l'Adhérent au contrat
- **Duo** : l'Adhérent au contrat et son conjoint
- **Famille** : l'Adhérent au contrat, son conjoint et son ou ses enfant(s).

ARTICLE 1.4 - Bénéficiaire des garanties en cas de décès

La ou les personne(s) désignée(s) par l'assuré, mentionnée(s) au certificat d'adhésion et à laquelle ou auxquelles l'assureur verse les indemnités prévues.

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

- En priorité à son conjoint non séparé de corps ni divorcé, 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.

ARTICLE 1.5 - Date de consolidation

C'est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, les lésions ou séquelles consécutives à une maladie ou à un accident prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation.

ARTICLE 1.6 - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Un assuré est considéré atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est dans l'impossibilité présente et future de se livrer à une occupation quelconque lui procurant gain ou profit et dans l'obligation absolue et présumée définitive d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

ARTICLE 1.7 - Sinistre

La réalisation d'un événement assuré d'origine accidentelle: Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), répondant strictement à la définition de l'accident mentionnée au présent chapitre, alors que l'adhésion au contrat Capital Accident est en vigueur. Constituent un seul et même sinistre toutes les conséquences ou rechutes d'un même accident.

ARTICLE 2 - L'objet du contrat

Le contrat Capital Accident a pour objet le versement d'un capital au Bénéficiaire désigné en cas de décès, ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'assuré à la suite d'un accident ou d'un accident de la circulation garanti et survenu pendant la période de validité des garanties.

Une seule adhésion par personne assurée est admise.

ARTICLE 3 - Conditions d'adhésion au contrat

Pour adhérer au contrat vous devez :

- Être membre de l'association souscriptrice du contrat,
- Résider en France,
- Être âgé à l'adhésion de 18 ans à 70 ans.

ARTICLE 3.1 - Conclusion de l'adhésion au contrat

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'assureur. La date de conclusion de l'adhésion est celle des dispositions personnelles qui vous sont transmises.

ARTICLE 3.2 - Date d'effet

L'adhésion produira ses effets le lendemain à midi du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée aux dispositions personnelles. Cette date ne peut être antérieure à la date de souscription et de signature de l'adhésion. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

ARTICLE 4 - Durée et cessation des garanties

ARTICLE 4.1 - Durée des garanties

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle. À l'expiration de chaque période annuelle, elle est reconduite de plein droit d'année en année, sauf résiliation par vous ou par nous dans les formes et conditions mentionnées à l'article « 3.6 La résiliation ».

ARTICLE 4.2 - Cessation des garanties

Les garanties prennent fin à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion, et cessent en tout état de cause au :

- 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.

ARTICLE 4.3 - Les personnes assurées

L'Adhérent et s'ils sont désignés aux dispositions personnelles, son conjoint et ses enfants.

ARTICLE 5 - Le droit de renonciation

Dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, le délégataire lui remboursera l'intégralité des fonds reçus.

ARTICLE 6 - La résiliation de l'adhésion

ARTICLE 6.1 - Par l'Adhérent

L'adhésion peut être résiliée :

Chaque année à l'échéance anniversaire. Pour ce faire, une lettre recommandée doit être adressée à **Henner - 14 Bd du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine** au plus tard 2 mois avant la date de renouvellement annuel;

En cas de révision des cotisations selon les dispositions du paragraphe « En fonction des résultats techniques » de l'article 3.7.2.

L'ajustement des cotisations en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation.

La perte de la qualité d'Adhérent à l'Association ne saurait remettre en cause les possibilités de résiliation par l'Adhérent définies ci-dessus.

ARTICLE 6.2 - Par l'assureur

L'adhésion est 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 ;
- En cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire de l'Adhérent (article L. 622-13 du Code de Commerce).

ARTICLE 6.3 - De plein droit

En cas de retrait de l'agrément de l'assureur; en cas de décès de l'Adhérent, pour chaque assuré dans les conditions prévues à l'article 3.3. Dans les deux derniers cas cités ci-dessus, si d'autres assurés sont garantis, la garantie est maintenue jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle elle sera adaptée à la nouvelle situation.

ARTICLE 6.4 - Forme de la résiliation

La résiliation de l'adhésion par l'Adhérent doit être notifiée par lettre recommandée au siège social du délégataire, elle prendra effet au jour de la réception par le délégataire.

La résiliation de l'adhésion par l'assureur doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

En cas de résiliation au cours de la période annuelle d'assurance, la cotisation payée vous sera remboursée au prorata de la période non courue sauf en cas de non-paiement des cotisations, réticence ou fausse déclaration à l'adhésion ou en cours de contrat, fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

ARTICLE 6.5 - Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations

En cas de résiliation de votre adhésion, la garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation.

ARTICLE 7 - Les cotisations

ARTICLE 7.1 - Montant des cotisations

En début d'assurance, le montant de la cotisation correspondant à la formule choisie est fixé quel que soit l'âge de l'assuré à la prise d'effet de l'adhésion. Cette cotisation est maintenue pendant toute la durée de l'adhésion, sauf en cas de révision du tarif tel que précisé ci-dessous. Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions. Toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de cotisations.

ARTICLE 7.2 - Révision du tarif

Lors de chaque échéance principale, votre cotisation pourra varier en fonction de l'évolution des résultats techniques du Contrat. Elle pourra également évoluer **immédiatement** en fonction des impôts et taxes qui pourraient être établis sur votre cotisation postérieurement à la souscription de votre adhésion.

En cas d'augmentation de la cotisation résultant d'une évolution défavorable des résultats techniques, le gestionnaire adressera à l'Adhérent un courrier au moins deux mois avant l'échéance principale. La nouvelle cotisation prendra alors effet dès l'échéance principale suivant la notification faite à l'Adhérent, qui pourra demander le non-renouvellement de son adhésion par courrier recommandé adressé au gestionnaire, au plus tard dans les 30 jours suivant la notification.

ARTICLE 7.3 - 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 aux dispositions personnelles.

ARTICLE 7.4 - 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 « 3.6 La résiliation » en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

ARTICLE 8 - Vos garanties

ARTICLE 8.1 - Les garanties assurées

Dans les conditions et limites de la formule de garantie choisie, mentionnée aux dispositions personnelles, le contrat garantit le versement d'un capital **en cas de décès accidentel**. Le montant du capital est doublé lorsque le décès fait suite à un **accident de la circulation**, le versement par anticipation du capital décès garanti en cas de **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** par suite d'un accident ou d'un accident de la circulation.

ARTICLE 8.2 - Le contenu de vos garanties

Décès accidentel ou accident de la circulation

Si vous êtes victime d'un accident ou d'un accident de la circulation, entraînant votre décès dans les douze mois de la survenance de l'accident ou de l'accident de la circulation, il sera versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) un capital dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Si à la suite d'un accident ou d'un accident de la circulation, vous êtes reconnu dans les douze mois suivant cet accident ou accident de la circulation, en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, il vous sera versé par anticipation, le montant du capital garanti prévu dans le cadre de la garantie décès.

ARTICLE 8.3 - La clause Bénéficiaire

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

Lors de la demande d'adhésion ou ultérieurement par avenant au contrat, l'assuré peut désigner le ou les bénéficiaires qui, à son décès, percevront le capital garanti indiqué au certificat d'adhésion.

La désignation du Bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Lorsque le Bénéficiaire est nommément désigné, il est conseillé à l'assuré de porter au contrat les coordonnées qui seront utilisées par l'assureur en cas de décès de l'assuré.

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

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 de l'assureur, de l'assuré et du Bénéficiaire;
- Soit par un acte authentique ou par un acte sous seing privé signé seulement de l'assuré et du Bénéficiaire ; mais dans ce dernier cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle lui 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).

ARTICLE 9 - Les documents à fournir

L'assuré ou le Bénéficiaire devra adresser les documents et pièces justificatives suivants :

ARTICLE 9.1 - Décès accidentel ou accident de la circulation

Le certificat d'adhésion ; un certificat médical indiquant la date, les circonstances et la cause exacte du décès ; un acte de décès ; 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, témoins, etc, ...). L'assureur se réserve le droit de demander tout renseignement complémentaire nécessaire à la vérification du décès et de sa cause exacte.

Article 9.2 - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

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 3ème catégorie par la Sécurité sociale ou par son Régime d'Assurance Obligatoire.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, l'assureur pourra être amené à demander à l'Adhérent ou ses bénéficiaires des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

ARTICLE 9.3 - L'expertise médicale

L'assureur se réserve le droit de faire constater l'invalidité permanente de l'assuré par un médecin de son choix en France.

En cas de refus de l'assuré de se soumettre aux examens de contrôle effectués par le médecin désigné par l'assureur, l'assureur sera en droit de ne pas indemniser l'assuré.

En cas de désaccord avec les conclusions du médecin mandaté par l'assureur, l'assuré doit présenter des pièces médicales contradictoires et en second lieu peut demander une expertise amiable qui sera confiée à un tiers désigné d'un commun accord entre les deux parties.

A défaut d'entente sur le choix de cet expert amiable, la désignation en sera faite par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. L'expert amiable est nécessairement choisi sur la liste des experts judiciaires.

L'assureur et l'assuré supporteront par moitié les frais relatifs à sa nomination ainsi que ses honoraires. Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise amiable n'a pas eu lieu.

ARTICLE 10 - Le paiement des prestations garanties

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

ARTICLE 10.1 - Capital décès par accident ou accident de la circulation

Lorsque l'ensemble des pièces demandées est parvenu, et sous réserve, qu'après étude par le gestionnaire du dossier, la garantie soit acquise, le montant du capital prévu et détaillé au certificat d'adhésion est payé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s).

Pour pouvoir bénéficier de ce capital, vos bénéficiaires devront rapporter la preuve que le décès est la conséquence directe d'un accident ou d'un accident de la circulation garanti par le contrat.

ARTICLE 10.2 - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Lorsque l'ensemble des pièces demandées est parvenu, et sous réserve, qu'après étude par le gestionnaire du dossier, la garantie soit acquise, le montant du capital versé par anticipation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, prévu et détaillé au certificat d'adhésion, est payé à l'assuré.

Le paiement par anticipation du capital décès en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à l'ensemble des garanties souscrites dans le cadre de l'adhésion.

ARTICLE 10.3 - L'étendue territoriale

Les garanties du contrat s'exercent en France et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer 24 heures sur 24, tant au cours de la vie privée que de la vie professionnelle.

ARTICLE 10.4 - La date d'entrée en vigueur de vos garanties

La garantie débute à la date d'effet mentionnée au certificat d'adhésion ou à l'avenant d'adhésion, à l'égard de chacun des assurés.

La date d'effet est fixée au plus tôt le lendemain de la demande d'adhésion.

ARTICLE 11 - Les exclusions de garanties

Ne donnent pas lieu à indemnisation par l'assureur, 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 délits
- 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 par l'assuré d'un sport à titre professionnel ou 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 activités 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.

ARTICLE 12 - Les plafonds d'indemnisation

Le montant du capital assuré figurant sur le certificat d'adhésion est automatiquement réduit de 50 % lorsque l'assuré atteint son 70^e anniversaire.

VOTRE CONTACT



*Here to care : Répondre présent à chaque moment

Henner, SAS de gestion et de courtage d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739 - 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

Henner PRIVILÈGES SANTÉ est une offre conçue par Henner et gérée par Henner - GMC.