

CONDITIONS GENERALES

BASE OBLIGATOIRE

SANTE

HENNER TNS +



Notice d'information
du contrat collectif complémentaire santé à adhésion facultative

HENNER TNS +

Référence : NI SANTE – HENNER TNS + – A7172 – 04/2021

Votre notice d'information santé **HENNER TNS +**

Contrats N° A 7172 0001 (Madelin) / A 7172 0002 (Non Madelin)

I. Le produit – Le contrat

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

La convention n° A 7172 0001 est éligible aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin). La convention n° A 7172 0002 n'entre pas dans ce cadre fiscal.

HENNER TNS + propose également à titre optionnel une formule « Non responsable » permettant la prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens n'adhérant à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé. Ces garanties font l'objet d'une Notice d'information séparée.

Le Contrat **HENNER TNS +** est un produit d'assurance souscrit auprès de :

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

Désigné ci-après « l'Assureur »,

Par :

Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS)
Association loi 1901
Siège social : 7 Rue Belgrand – 92300 LEVALLOIS PERRET

Désignée ci-après « l'Association ».

Le contrat **HENNER TNS +** a été développé et négocié par **HENNER**, qui en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial, et un réseau d'intermédiaires d'assurance partenaires.

HENNER
SAS de gestion et de courtage d'assurances au capital de 8 212 500 €
Siège social : 14 boulevard du Général Leclerc – 92200 Neuilly-sur-Seine
RCS Nanterre 323 377 739
Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n° 07.002.039

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

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

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

Le contrat **HENNER TNS +** est régi par le Code des assurances français.

Le contrat **HENNER TNS +** conclu entre l'Association AGIS et l'Assureur prend effet le 1^{er} avril 2021, et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

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

- aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ;

- chaque assuré garanti par ce contrat au moment de la résiliation, pourra le demeurer jusqu'à la fin des garanties

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

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

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

HENNER
Siège social : 14 boulevard du Général Leclerc- 92200 Neuilly-sur-Seine

désigné ci-après « le délégataire de gestion ».

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

II. L'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat est :

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

Table des matières

CHAPITRE 1 : LEXIQUE	7
CHAPITRE 2 : LE FONCTIONNEMENT DE L'ADHESION	11
2.1 L'Adhérent et les personnes assurées	11
2.2 Les conditions et formalités d'adhésion	11
2.3 L'âge limite d'adhésion	11
2.4 Les déclarations de l'Adhérent	11
2.5 Le choix de la formule de garanties	12
2.6 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat	12
2.7 La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties	13
2.8 La suspension des garanties	13
2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat	13
2.10 Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	15
2.11 Les cotisations	16
2.12 La prescription	17
2.13 La subrogation	19
2.14 Les réclamations – La médiation	19
2.15 L'autorité de contrôle	19
2.16 – Protection des données à caractère personnel	19
CHAPITRE 3 : LES GARANTIES	23
3.1 Le cadre juridique	23
3.2 L'objet du contrat	23
3.3 Ce que garantit le contrat	23
3.4 La modification des garanties	25
3.5 L'étendue territoriale des garanties	25
CHAPITRE 4 : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE	26
4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas	26
4.2 Les limitations de la garantie santé	26
CHAPITRE 5 : LE REGLEMENT DES PRESTATIONS	27
5.1 Le règlement des prestations	27
5.2 Les renseignements complémentaires	27

5.3 Le contrôle et expertise.....	27
5.4 Les délais à respecter	28
5.5 Les sanctions.....	28
CHAPITRE 6 : ASSISTANCE SANTE – VIE QUOTIDIENNE.....	29
6.1 Généralités	29
6.2 Résumé des garanties accordées	31
6.3 Détail des garanties accordées	33

CHAPITRE 1 : LEXIQUE

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

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

Accident

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

Adhérent

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

Adhésion à distance

Lorsque l'adhésion au contrat **HENNER TNS +** est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance.

Année d'assurance :

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

Assuré(s) ou Ayants droit

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

Avenant

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

Base de remboursement (BR)

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

On parle de :

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

Catégories de médecin

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

■ Médecin conventionné en secteur 1

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

■ Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)

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

■ Médecin conventionné en secteur 2

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

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

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

■ Médecin non conventionné

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

Certificat d'Adhésion

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

Chambre particulière

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

Conclusion de l'adhésion

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

Conjoint

On entend par conjoint :

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

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

Couple

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

Date anniversaire de l'adhésion

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

Date d'effet

Date à laquelle débute l'adhésion. Elle est indiquée au certificat d'adhésion. Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

Déchéance

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

Délai d'attente

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

Demande d'adhésion

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

Dépassement d'honoraires

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

Domicile

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

Échéance

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

Echéance principale

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

Enfants

Sont considérés comme les enfants fiscalement à charge de l'Adhérent ou à celle de son conjoint. La garantie cesse à leur égard, au plus tard à la fin de l'année suivant leur 18^{ème} anniversaire. Elle pourra être prolongée, sur demande de l'Adhérent, jusqu'à la fin de l'année suivant leur 25^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études et sont couverts par un régime de Sécurité sociale, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou se trouvent sous contrat d'apprentissage sous réserve de l'acquittement de la cotisation Enfant.

L'Assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.

Etablissements médico-sociaux

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

France

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

Forfait

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

Franchise médicale

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

Elle s'élève à :

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

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

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

Garantie

Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles de l'option non responsable éventuellement retenue, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

Honoraire limite de facturation (HLF)

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

Hospitalisation

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

Hospitalisation en secteur spécialisé

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

Long séjour

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

Maladie

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

Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SSR)

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

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

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

Nullité

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

Parcours de soins

Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation du médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être

consultés sans pour autant passer par le médecin traitant, il s'agit des gynécologues, ophtalmologues, stomatologues et pour les bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans des psychiatres et neuro psychiatres.

Participation forfaitaire

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

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

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

Plafond dentaire

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

Prix limite de vente

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

Régime obligatoire - RO

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

Résiliation

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

Sinistre

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

Tarif d'autorité – TA

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

Tarif de convention – TC

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

Tarif de responsabilité – TR

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

Ticket modérateur - TM

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

Transport

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

Verres complexes

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

Verres hypercomplexes

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

Verres mixtes

Verres avec au moins un verre complexe ou hypercomplexe.

Verres simples

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

CHAPITRE 2 : LE FONCTIONNEMENT DE L'ADHESION

2.1 L'Adhérent et les personnes assurées

Pour adhérer au contrat le candidat à l'assurance doit :

- adhérer à l'Association AGIS,
- résider en France (Corse incluse et exclusion des DROM-COM),
- être majeur civilement responsable,
- être assujéti à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- exercer une activité professionnelle, en tant que Travailleur Non Salarié, ou de profession libérale y compris les professions médicales et paramédicales,
- être âgé à l'adhésion d'au moins 18 ans.

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

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

Pour bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de son régime complémentaire santé (Loi Madelin - art. 154 bis du CGI), l'Adhérent doit adhérer à la convention n° A 7172 0001 et s'engage à être à jour, pendant toute la durée de son adhésion au contrat, de ses cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

2.2 Les conditions et formalités d'adhésion

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

- les garanties choisies : la formule de base et, le cas échéant l'option non responsable,
- des indications relatives à la situation personnelle des personnes à assurer.

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

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

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

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

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

2.3 L'âge limite d'adhésion

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

- moins de 67 ans pour toutes les formules.

Rappel : Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, est pris en compte celui de l'assuré à la date d'effet de l'adhésion.

2.4 Les déclarations de l'Adhérent

2.4.1 À l'adhésion

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

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

L'Adhérent doit déclarer les garanties de même nature pour lui-même ainsi que pour ses ayants-droit souscrites auprès d'autres assureurs.

2.4.2 En cours d'adhésion

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

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

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

2.4.3 La validité des déclarations

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

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

2.4.4 Les conséquences de la fausse déclaration

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

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

2.5 Le choix de la formule de garanties

Le contrat est composé de plusieurs formules de garanties au choix de l'Adhérent.

Au moment de l'adhésion, l'Adhérent a la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à sa situation et opter pour la formule de garanties « Non responsable ». Son choix devra être reporté sur sa demande d'adhésion et vaudra tant pour lui-même que pour ses ayants droits inscrits au contrat.

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

2.6.1 La conclusion de l'adhésion

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

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

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

2.6.2 La durée de l'adhésion

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

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

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

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

2.7.1 - La prise d'effet

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

2.7.2 Les délais d'attente

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

2.7.3 La cessation des garanties

La garantie est viagère. Elle cesse toutefois :

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

2.8 La suspension des garanties

L'adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de :

- non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des assurances (art. L 113-3),

En cas de suspension l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où :

- les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés en cas de non-paiement,

La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit à prestations des soins se rapportant à cette période.

2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat

2.9.1. Par l'Adhérent

L'adhésion au contrat peut être résiliée :

- A la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.
L'Adhérent a également la possibilité de mettre un terme à son adhésion au contrat **HENNER TNS +** à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.
- En cas de modification du tarif décidée en fonction de l'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, et ce dans les 30 jours suivant la date de notification de cette modification.
- En cas de modification du contrat par l'Assureur, dans le cadre la mise en conformité des contrats responsables et dans les conditions prévues à l'article L 112-3 du code des assurances.

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

2.9.2. Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée en cas de :

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

2.9.3 De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur ;
- en cas de décès de l'Adhérent,
- lorsque l'adhérent perd la qualité de résident fiscal français, ou réside en dehors du territoire français plus de 3 mois par an (en une ou plusieurs périodes),
- pour chaque assuré selon les garanties choisies et couvertes, dans les conditions prévues à l'article 2.7.3 *La cessation des garanties*.

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

2.9.4 Modalités de la résiliation

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

Adresse postale : **Henner UG N°112** - TSA 11940 - 92894 – Nanterre Cedex 9

Adresse courrier électronique : hsc.serviceclient@henner.fr

Précisions sur l'envoi recommandé électronique :

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

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

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

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

	Démarchage à domicile	Vente à distance
Définitions	« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »	« Fourniture de services à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestations de services à distance, organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat. »
Exécution immédiate du contrat		Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent. La cotisation dont l'Adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.
Modalités et conditions de renonciation	L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser au délégataire de gestion sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle. ■ Courrier postal : Henner UG N°112 - TSA 11940 - 92894 – Nanterre Cedex 9 ■ Email : hsc.serviceclient@henner.fr	
Modèle de lettre de renonciation	Je soussigné(e) (nom et prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat HENNER TNS + N° (numéro d'adhésion) que j'ai signée le (date). (Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. (En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (Indiquez le lieu, la date et votre signature).	
Perte de la faculté de renonciation	Si l'Adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.	
Conséquences de la renonciation	La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. L'Assureur procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.	Si l'Adhérent a demandé l'exécution de son adhésion dès la conclusion, lorsque celui-ci exerce son droit de rétractation, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel de la prime correspondante à la période d'assurance, à l'exclusion de toute pénalité. Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.
Articles du Code des assurances	L. 112-9 du Code des assurances.	L. 112-2-1 du Code des assurances

2.11 Les cotisations

2.11.1 Le montant des cotisations

Le montant de la cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est fixé en début d'assurance en fonction de :

- La formule choisie et éventuellement de l'option non responsable.
- De la composition familiale et de l'âge de chaque personne assurée à la prise d'effet de l'adhésion.
- Du lieu du domicile de l'Adhérent.
- Des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des Régimes obligatoires dont l'Adhérent et ses bénéficiaires relèvent lors de la prise d'effet des garanties.
- Des éventuelles réductions

En cours d'adhésion :

- Indépendamment des éléments indiqués aux paragraphes suivants, les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel.
- En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.
- La cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.
- La cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, est pris en compte celui de l'assuré à la date d'effet de l'adhésion.

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

2.11.2 La variation des cotisations

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

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

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

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

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

2.11.3 La révision du tarif

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

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

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

2.11.4 Le paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. Henner accepte des paiements mensuels (uniquement par prélèvement automatique) ; il en est fait mention au Certificat d'adhésion.

2.11.5 Le non-paiement des cotisations

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

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

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

2.12 La prescription

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

Délai de prescription

Article L. 114-1

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

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

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

Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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

Les causes ordinaires d'interruption

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

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

Article 2240 du Code civil

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

▪ Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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

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

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

Article 2246 du Code civil

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

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil 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>) ou sur simple demande écrite auprès de l'Assureur.

2.13 La subrogation

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

2.14 Les réclamations – La médiation

▪ La réclamation

Premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant son adhésion au contrat, dans un premier temps, l'Adhérent est invité à prendre contact avec son interlocuteur habituel ou son Unité de gestion dont les coordonnées se trouvent sur la carte de tiers payant.

Un accusé de réception sera envoyé dans les 10 jours suivant la réception de la demande. L'adhérent sera informé si, en raison de circonstances particulières, le délai de traitement venait à se prolonger

Deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, l'Adhérent peut intervenir auprès de son service réclamations aux adresses suivantes :

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

▪ La médiation

En dernier recours : le médiateur de l'assurance

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

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

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

2.15 L'autorité de contrôle

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

2.16 – Protection des données à caractère personnel

2.16.1 Qualité des parties

Dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du Contrat, des données à caractère personnel concernant l'Adhérent et les Assurés sont traitées par Henner et SWISS LIFE en leurs qualités de responsables conjoints de traitement. SWISS LIFE, en sa qualité d'Assureur, détermine les bases légales garantissant la licéité des traitements de données, ainsi que les objectifs et finalités principaux des traitements de données à caractère personnel.

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

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

2.16.2 Finalités des traitements de données personnelles

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

Finalité du traitement de données personnelles	Fondement légal permettant la mise en œuvre du traitement
Finalité 1 : Passation, gestion et exécution du contrat, pouvant notamment inclure des prises de décisions automatisées	
- 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	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.
Gestion des demandes d'exercice de droit	Le traitement est nécessaire au respect d'une obligations légale à laquelle le responsable de traitement est soumis
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)	Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis
Lutte contre la fraude, ces dispositifs pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude	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).
- 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	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	

▪ -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	▪ 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	
- 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	Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'Entreprise et le(s) affiliés(s) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de ces derniers.
Finalité 2 : Gestion des sites et applications (Espace Client)	
- Administration technique des sites et applications - Gestion des accès, de la sécurité, de la maintenabilité, des évolutions des sites et applications - gestion des cookies	- Intérêt légitime d'Henner de s'assurer de la disponibilité et du bon fonctionnement de ses sites et applications - Consentement pour l'utilisation de certains cookies

2.16.3 Information des Assurés par l'Adhérent

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

2.16.4 Destinataires et transferts des données à caractère personnel

Les données relatives aux Adhérents et aux Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe de sociétés auquel 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, à toute personne partie ou intéressée au contrat (ayant-droit, bénéficiaire, adhérent), ainsi qu'aux mandataires et partenaires

(partenaires intervenant dans le cadre des prestations d'assistance, etc.) des responsables de traitement conjoints. Certaines données pourront également être destinées à tous organismes professionnels ou administrations dans le cadre de leurs missions respectives ou pour répondre à des obligations légales.

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

2.16.5 Durées de conservation des données

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

2.16.6 Exercice des droits

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

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

Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, l'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser à : HENNER – DPO – Conformité/Relation assureurs – 14 Boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@henner.com. Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil de HENNER. Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, L'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

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

2.16.7 Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

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

- Pour l'Assureur (porteur de risque) SWISS LIFE, par courrier postal à l'adresse suivante : SWISS LIFE – DPO - 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr;
- Pour le Courtier et délégataire de gestion HENNER, par courrier postal à l'adresse suivante : HENNER - DPO – Conformité/Relation assureurs - 14 bd du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@henner.com.

CHAPITRE 3 : LES GARANTIES

3.1 Le cadre juridique

Les garanties du contrat sont dites « responsables ».

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

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

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

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

Rappel des interdictions de prise en charge :

Le contrat responsable :

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

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

3.2 L'objet du contrat

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

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

3.3 Ce que garantit le contrat

3.3.1 La garantie santé

- **Les garanties du contrat garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale :**
 - dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie retenue par l'Adhérent,
 - et dans le respect des obligations des minima/maxima et interdictions de prise en charge des frais de santé exposés prévus à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.
- **Elles peuvent également prévoir le remboursement de certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale** à hauteur de la participation qui y est indiquée au regard de chacune des formules de garantie concernée à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties.
- Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral » ou « Frais réels », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés

et des "Prix Limites de Vente" (PLV) et "Honoraires Limites de Facturation" (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

- Le versement des forfaits est effectué dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.
- Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie. Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et pour l'optique la date de facturation de l'équipement. Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie. Ces remboursements sont garantis sous réserve, d'avoir fait l'objet de facturation ou dépenses effectives avant la date de résiliation.

Cas particulier du forfait Optique

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

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

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

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

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

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

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

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

Cas particulier des frais Dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale

Seront remboursés au titre de la Parodontologie non prise en charge :

Parodontologie non prise en charge par l'AM
Bilan parodontal (HBQD001)
Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005)
Gingivectomie (HBFA006, HBFA008)
Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013)
Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006)
Assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003)
Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052)
Séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018)

Seront remboursés au titre des Prothèses non prises en charge (hors implantologie) :

Prothèses non prises en charge par l'AM (hors implantologie)
Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016)
Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034)
Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006)
Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003)
Pose d'une couronne dentaire transitoire (HBLD037)
Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivocanin (HBMD048)
Pose d'un attachement coronoradiculaire sur une dent (HBLD008)
Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004)
Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007)
Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079)
Ablation d'un ancrage coronoradiculaire (HBGD005)
Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009)

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

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

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

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

3.4 La modification des garanties

A la date d'échéance principale de son adhésion, sous réserve d'en faire la demande au moins 2 mois avant cette date et de justifier de 12 mois complets d'assurance sans modification des garanties de son adhésion, l'Adhérent a la possibilité de demander à modifier à la hausse ou à la baisse sa formule de garanties, dans le respect des limites d'âge d'accès aux garanties fixées par l'article 2.3. L'âge limite d'adhésion de la présente notice d'information,

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

3.5 L'étendue territoriale des garanties

La garantie du contrat s'exerce en France (Corse incluse et exclusion des DROM-COM). Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de Sécurité sociale de l'Assuré s'applique. Elle cesse lorsque l'adhérent perd la qualité de résident fiscal français, ou réside en dehors du territoire français plus de 3 mois par an (en une ou plusieurs périodes).

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

Le règlement des prestations est toujours effectué en France (Corse incluse et exclusion des DROM-COM) et dans la monnaie légale de la République Française.

CHAPITRE 4 : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE

4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas

- Ainsi qu'évoqué au paragraphe 3.1 *Le cadre juridique*, les différentes formules du contrat étant responsables, les garanties ne sauraient couvrir :
 - la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
 - la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
 - une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévue au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale
- Elles ne garantissent également pas les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

4.2 Les limitations de la garantie santé

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

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

CHAPITRE 5 : LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

5.1 Le règlement des prestations

LES DOCUMENTS A TRANSMETTRE

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

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

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

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

• Le tiers payant

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

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

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

Si l'Adhérent, préalablement à sa demande de remboursement présentée à Henner, a déjà bénéficié d'une prise en charge de ses frais par un premier organisme complémentaire, il devra, en complément des pièces et éléments mentionnés ci-dessus, communiquer le décompte original de ce régime complémentaire
Le cumul des divers remboursements obtenus par l'Adhérent ne peut excéder la dépense réelle.

• Le paiement des prestations

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

5.2 Les renseignements complémentaires

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

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

5.3 Le contrôle et expertise

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

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

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

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

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

5.4 Les délais à respecter

Les demandes de remboursement doivent parvenir à Henner dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. Le délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

5.5 Les sanctions

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

CHAPITRE 6 : ASSISTANCE SANTE – VIE QUOTIDIENNE

AVANT TOUTE INTERVENTION CONTACTEZ FILASSISTANCE INTERNATIONAL :

01 53 21 24 48

Télécopie : 01 53 21 70 49

24h/24

en indiquant le numéro de la présente convention :

GAC18SAN1747

CE DOCUMENT EST A CONSERVER PRECIEUSEMENT

ATTENTION

Aucune prestation ne sera versée sans demande préalable à FILASSISTANCE INTERNATIONAL au moment précis de l'événement (accident, hospitalisation, immobilisation...)

6.1 Généralités

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'Assistance accordés aux « bénéficiaires » tels que désignés ci-dessous.

Ces prestations sont gérées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, 433 012 689 RCS NANTERRE, Siège social : 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex, Entreprise régie par le Code des Assurances.

6.1.1 Bénéficiaires

- Le titulaire du contrat complémentaire maladie, ci-après dénommé l'Abonné,
- La (ou les) personnes bénéficiaire(s) de ce contrat ayant leur domicile habituel en France métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco.

6.1.2 Validité territoriale

Les garanties des chapitres 3.1. SANTE, 3.3. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TELEVISION, 3.4. VIE PRATIQUE ET 3.5. JURIDIQUE sont acquises uniquement en France métropolitaine, Andorre et Monaco.

Les garanties du chapitre 3.2. DEPENSES DE SANTE ENGAGEES A L'ETRANGER sont acquises uniquement hors de France métropolitaine, Andorre et Monaco.

6.1.3 Prise d'effet et durée

Les garanties d'Assistance suivent le sort de la couverture Frais Médicaux.

6.1.4 Définitions

On entend par :

- **Domicile** : la résidence principale de l'Abonné située en France métropolitaine, Andorre ou Monaco.
- **Maladie** : toute altération de la santé, médicalement constatée, soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique).
- **Accident** : toute lésion corporelle provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une action extérieure.

6.1.5 Engagement financier

Pour que les prestations d'assistance exposées soient acquises, FILASSISTANCE INTERNATIONAL doit avoir été prévenu au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire (ou toute autre personne agissant en son nom) doit :

- Contacter FILASSISTANCE INTERNATIONAL sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant),
- Fournir les renseignements suivants :
 - Le numéro du contrat d'assurance ou d'adhésion,
 - Son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté,

- La nature des difficultés motivant l'appel,
- Les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que FILASSISTANCE INTERNATIONAL puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, mettre en œuvre les prestations d'assistance adaptées à la situation du bénéficiaire (après avoir recueilli l'accord de ce dernier).

6.1.6 Exclusions

Dans tous les cas, FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Elle ne sera pas tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure tels que guerre civile ou étrangère, révolutions, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques (tempêtes, ouragans) état de belligérance, situation politique, etc.

Les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, sont exclus du contrat.

Ne donnent pas lieu à intervention ou prise en charge :

- Les maladies ou troubles mentaux comprenant les troubles anxieux et anxiodépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement,
- Les maladies chroniques et/ou répétitives, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement à la souscription du contrat complémentaire maladie et comportant un risque d'aggravation brutale ou proche,
- Les hospitalisations répétitives pour une même cause,
- Les tentatives de suicide et états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'alcool,
- Toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique, etc.),
- Les états de grossesse et leurs complications.

6.1.7 Prescriptions

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

- **Article L114-1 :** toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
 1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons connaissance,
 2. En cas de sinistre, que du jour où vous en avez eu connaissance, si vous prouvez que vous l'avez ignoré jusque-là.
- **Article L114-2 :** 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 par nous d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.
- **Article L114-3 :** Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

(*) Les voies ordinaires d'interruption du délai de prescription sont un commandement de payer ou une assignation par acte d'huissier, une demande en justice y compris en référé, un acte d'exécution forcée.

6.1.8 Subrogation

Toute personne bénéficiant de l'Assistance subroge FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

6.1.9 Loi applicable

Le présent contrat est soumis à la loi française.

Toute action dérivant des conditions générales sera portée devant le Tribunal dans le ressort duquel l'adhérent à son domicile.

6.1.10 Contrôle

FILASSISTANCE INTERNATIONAL est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel située 4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

6.1.11 Informatique et libertés

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire avant l'adhésion à la convention d'assistance puis lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à FILASSISTANCE INTERNATIONAL – Direction des Systèmes d'Information, 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex. Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

6.1.12 Réclamations

Toute réclamation portant sur la qualité ou les délais de traitement par FILASSISTANCE INTERNATIONAL de la demande d'assistance doit être formulée par écrit et adressée à l'adresse suivante : FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Service Réclamations, 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex. Une réponse sera adressée dans un délai de quinze jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

6.2 Résumé des garanties accordées

Pour les conditions d'application de chacune des garanties, se reporter au paragraphe cité.

6.2.1 Santé

➤ EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUITE À UNE MALADIE OU À UN ACCIDENT D'UN BÉNÉFICIAIRES

Envoi, à la demande du bénéficiaire, d'un médecin au domicile	6.3.1.1
Indication, sur simple appel téléphonique, de conseils d'urgence	6.3.1.2
Si nécessaire, organisation du transfert à l'hôpital du bénéficiaire et de son retour à domicile et remboursement en complément de la Sécurité Sociale et de tout organisme complémentaire	6.3.1.3

➤ EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE À 5 JOURS SUITE À UNE MALADIE OU À UN ACCIDENT DE L'ABONNÉ OU DE SON CONJOINT

Organisation et prise en charge :

De la garde des enfants au domicile (2 jours maximum)	6.3.1.5
Du transfert des enfants chez un proche	6.3.1.5
Du transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants	6.3.1.5
De la conduite des enfants à l'école (10 allers/retours dans la limite de 457 €)	6.3.1.5
Du voyage et de l'hébergement d'un proche pendant 2 nuits auprès du bénéficiaire (153 € maximum)	6.3.1.4
De la garde d'animaux domestiques pendant 1 mois (229 € maximum)	6.3.1.7
De la recherche et prise en charge d'une aide-ménagère (30 heures maximum)	6.3.1.8

- EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES CONSECUTIVES SUITE À UNE MALADIE OU À UN ACCIDENT DE L'ABONNE OU DE SON CONJOINT

Organisation et prise en charge :

De la garde des enfants au domicile (2 jours maximum) (1) (2)	6.3.1.5.
Du transfert des enfants chez un proche (1) (2)	6.3.1.5.
Du transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants (1) (2)	6.3.1.5.
De la conduite des enfants à l'école (10 allers/retours) (1) (2)	6.3.1.5.
Du transfert des ascendants ou des personnes dépendantes chez un proche	6.3.1.6.
Du transfert d'un proche au domicile pour garder les ascendants ou les personnes dépendantes	6.3.1.6.
De la garde des ascendants ou des personnes dépendantes (30 heures maximum)	6.3.1.6.

- EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 48 HEURES CONSECUTIVES SUITE À UNE MALADIE OU À UN ACCIDENT DE L'ABONNE OU DE SON CONJOINT

Organisation et prise en charge :

Du voyage et de l'hébergement d'un proche pendant 2 nuits auprès du bénéficiaire (153 € maximum).....	6.3.1.4.
De la garde d'animaux domestiques pendant 1 mois (229 € maximum) (2)	6.3.1.7.
De la recherche et prise en charge d'une aide-ménagère (30 heures maximum) (1) (2)	6.3.1.8.

- EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT D'UN DES ENFANTS NECESSITANT SON IMMOBILISATION AU DOMICILE OU À L'HOPITAL PENDANT PLUS DE 48 HEURES

Organisation et prise en charge :

De la garde des enfants au domicile (2 jours maximum)	6.3.1.5.
Du transfert des enfants chez un proche	6.3.1.5.
Du transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants	6.3.1.5.
De la conduite des enfants à l'école (10 allers/retours)	6.3.1.5.

- EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT DE L'ENFANT NECESSITANT SON IMMOBILISATION AU DOMICILE PENDANT PLUS DE 15 JOURS

Organisation et prise en charge d'un répétiteur scolaire 10H/semaine maximum (1 525 € maximum).....6.3.1.9.

6.2.3 Dépenses de santé engagées à l'étranger

Remboursement complémentaire des frais médicaux à l'étranger : 4574 € TTC6.3.2.2.

6.2.4 Frais de télévision (en cas d'hospitalisation de plus de 24h)

Remboursement des frais de location de télévision à l'hôpital (dans la limite de 153 € TTC)6.3.3.

6.2.5 Vie pratique (à la demande du bénéficiaire)

Transmission de messages urgents à caractère personnel	6.3.4.1.
Recherche de médicaments	6.3.4.2.
Aide à l'organisation des obsèques	6.3.4.3.
Avance de fonds en cas de décès : 763 € TTC	6.3.4.4.
Renseignements pour la santé de tous les jours	6.3.4.5.

6.2.6 Juridique (A la demande du bénéficiaire)

Renseignements Juridiques	6.3.5.1.
Renseignements Vie Pratique	6.3.5.2.

- (1) Prestations valables également en cas de séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours)
- (2) Prestations valables également en cas de décès

6.3 Détail des garanties accordées

6.3.1 Santé

Si FILASSISTANCE INTERNATIONAL met tout en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire lorsqu'il en a le plus besoin, FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut se substituer à la solidarité de son entourage ainsi qu'aux prestations auxquelles lui donnent droit les organismes sociaux.

C'est pourquoi, les prestations ci-après n'ont vocation à s'exercer qu'en complément de ces dernières et lorsque les proches du bénéficiaire ne sont pas en mesure de lui prodiguer l'aide requise par les circonstances.

En tout état de cause, ces prestations ne peuvent être mises en œuvre qu'après l'accord d'un médecin de FILASSISTANCE INTERNATIONAL qui en jugera de la nécessité et de l'opportunité par exemple en prenant contact avec le médecin traitant ou intervenant.

En outre, FILASSISTANCE INTERNATIONAL se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement soudain qui conduit le bénéficiaire à solliciter son aide (justificatifs médicaux, certificat de décès, attestation de l'employeur...).

6.3.1.1 Envoi d'un médecin

Cette prestation s'applique en cas d'immobilisation au domicile suite à maladie ou accident d'un bénéficiaire.

A la demande du bénéficiaire, le service médical de FILASSISTANCE INTERNATIONAL envoie dans les meilleurs délais, et selon les disponibilités locales, un médecin au domicile du bénéficiaire. Cette garantie s'exerce notamment lorsque le médecin traitant habituel du bénéficiaire ne peut être joint. Les frais, soins et honoraires de ce médecin restent à la charge du bénéficiaire.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours qu'il convient d'appeler en tout premier lieu si nécessaire.

6.3.1.2 Indication de conseils d'urgence

Cette prestation s'applique en cas d'immobilisation au domicile suite à maladie ou accident d'un bénéficiaire

Sur simple appel téléphonique, l'un des médecins de FILASSISTANCE INTERNATIONAL répond aux questions du bénéficiaire relatives aux situations d'urgence et de premiers soins. Ces conseils qui ne peuvent se substituer à une consultation médicale sont à sa disposition 24H/24.

6.3.1.3 Transfert de l'hôpital et retour au domicile

Cette prestation s'applique en cas d'immobilisation au domicile suite à maladie ou accident d'un bénéficiaire

Sur demande du médecin sur place, si l'état de santé du bénéficiaire nécessite son hospitalisation, FILASSISTANCE INTERNATIONAL envoie une ambulance pour son transport au centre médical le plus proche du domicile.

A l'issue de l'hospitalisation, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise, si nécessaire, sur prescription médicale, le retour du bénéficiaire à son domicile en ambulance (ou VSL).

Le transfert à l'hôpital et le retour au domicile sont remboursés par FILASSISTANCE INTERNATIONAL en complément des remboursements éventuels de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel le bénéficiaire est affilié, charge à ce dernier d'engager toute démarche nécessaire.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours qu'il convient d'appeler en tout premier lieu si nécessaire.

6.3.1.4 Voyage et hébergement d'un proche

Cette prestation s'applique en cas :

- D'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint,
- D'hospitalisation de plus de 48 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint.

Si le bénéficiaire vit seul et si aucun parent ne réside dans un rayon de 50 km de son domicile, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge :

- Le voyage aller/retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France Métropolitaine, à concurrence d'un billet de train 1ère classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet du bénéficiaire,
- Le séjour à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 153 € TTC maximum.

6.3.1.5 Garde des enfants de moins de 15 ans

Cette prestation s'applique en cas :

- D'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint,
- D'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint,
- De séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours) pour une complication non liée à la grossesse et à l'accouchement,
- De décès du conjoint de maladie ou d'accident d'un des enfants nécessitant son immobilisation au domicile ou son hospitalisation plus de 48 heures.

Si les enfants ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par une personne de l'entourage de l'Abonné, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge :

- Soit leur garde au domicile de l'Abonné dans la limite des disponibilités locales pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de 77 € TTC maximum pour l'ensemble de la prestation. Cette prestation ne s'applique qu'au-delà des journées accordées par les entreprises pour garder les enfants malades au domicile.
- Soit leur transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe chez un parent résidant en France Métropolitaine.
- Soit le transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France Métropolitaine au domicile de l'Abonné.
- Soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers/retours et dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 458 € TTC pour l'ensemble des enfants concernés.

6.3.1.6 Garde des ascendants ou des personnes dépendantes à charge

Cette prestation s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint.

Si les ascendants ou personnes dépendantes à charge résidant au domicile principal de l'Abonné ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par une personne de l'entourage de l'Abonné, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge :

- Soit leur garde au domicile de l'Abonné pendant un maximum de 30 heures effectives de travail réparties sur 15 jours. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de 77 € TTC pour l'ensemble de la prestation.
- Soit leur transfert aller/retour, en avion classe touriste ou en train 1ère classe, chez un parent résidant en France Métropolitaine.
- Soit le transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France Métropolitaine au domicile de l'Abonné.

6.3.1.7 Garde d'animaux domestiques

Cette prestation s'applique en cas :

- D'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint,
- D'hospitalisation de plus de 48 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint,
- De décès du conjoint.

Si l'animal se trouve sans surveillance au domicile et s'il ne peut être pris en charge par l'entourage de l'Abonné, FILASSISTANCE INTERNATIONAL se charge de son hébergement chez un proche ou dans un établissement spécialisé.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL prend en charge les frais de garde pendant un mois maximum, à concurrence de 229 € TTC.

On entend par animaux domestiques, les animaux habituellement de compagnie (chiens, chats, oiseaux, hamsters, lapins domestiques, etc.) à l'exception de tout animal sauvage même apprivoisé (serpents, araignées, félins, etc.) et d'élevage (bovins, ovins, etc.).

Sont exclus :

- 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 ».
- Tout animal appartenant à l'une des espèces suivantes : reptiles, amphibiens, arachnides, scorpions, félins, primates, insectes,
- Tout chat, chien ou furet ne remplissant pas les obligations d'identification, de vaccination et de détention de passeport fixées par la réglementation européenne.
- Les animaux détenus par le bénéficiaire dans le cadre d'un élevage ou d'une exploitation agricole,
- Le toilettage et les soins vétérinaires.

6.3.1.8 Aide-ménagère

Cette prestation s'applique en cas :

- D'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint,
- D'hospitalisation de plus de 48 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint,
- De séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours) pour une complication non liée à la grossesse et à l'accouchement,
- De décès du conjoint.

Si l'état de santé de l'Abonné ou de son conjoint le nécessite (ou en cas de décès) et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise la mise en œuvre d'une aide-ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, selon le cas :

- Pendant les deux premières semaines d'immobilisation lorsque le bénéficiaire n'a pas été hospitalisé,
- Pendant l'hospitalisation ou dès le retour au domicile du bénéficiaire sur une période de 15 jours, à concurrence d'un maximum de 30 heures de travail effectif.

Le nombre d'heures allouées et leur répartition sur la période définie ci-dessus sont dans tous les cas du seul ressort du service médical de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

6.3.1.9 Ecole à domicile

Cette prestation s'applique en cas de maladie ou d'accident de l'enfant nécessitant son immobilisation au domicile pendant plus de 15 jours.

En cas de maladie ou d'accident survenu pendant l'année scolaire (suivant les dates publiées au Journal Officiel) entraînant une immobilisation au domicile et une impossibilité de suivre les cours pendant plus de 15 jours (avec certificat médical), FILASSISTANCE INTERNATIONAL recherche un répétiteur scolaire et prend en charge les frais ainsi engagés pendant 10 heures par semaine au maximum, jusqu'à la fin de l'année scolaire, hors vacances scolaires, week-end et jours fériés.

Cette garantie concerne les élèves régulièrement inscrits dans des établissements d'enseignement général, du cours préparatoire à la terminale.

L'ensemble des frais engagés pour cette garantie ne pourra excéder 1 525 € TTC.

6.3.2 Dépenses de santé engagées à l'étranger

6.3.2.1 Avance des frais médicaux à l'étranger

Lorsque les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation doivent être engagés à l'étranger, FILASSISTANCE INTERNATIONAL pourra en effectuer l'avance au bénéficiaire à concurrence de 4 574 € TTC par bénéficiaire contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire. Le bénéficiaire s'engage à rembourser l'avance dans un délai d'un mois à compter de son retour.

Ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie tels que définis au § 1.4. survenus pendant la durée de la présente convention.

6.3.2.2 Remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'étranger

Ce remboursement de frais vient en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants-droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié (mutuelle ou autre). Il ne peut dépasser la somme de 4 574 € TTC. Le remboursement complémentaire de ces frais est fait par FILASSISTANCE INTERNATIONAL au bénéficiaire, à son retour en France, après recours effectué par lui auprès des organismes cités ci-dessus, sur présentation de pièces justificatives originales.

Il sera fait application d'une franchise absolue de 16 € TTC sur le montant des remboursements dus par FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

Ne donnent pas lieu à prise en charge :

- Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation :
 - Consécutifs à un accident ou une maladie constatée médicalement survenus avant la validité de l'abonnement,
 - Occasionnés par le traitement d'une maladie ou blessure déjà connue avant la date d'effet de l'abonnement, à moins d'une complication imprévisible.
- Les frais de prothèses : optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques, ou autres,
- Les frais de soins dentaires supérieurs à 46 € TTC (sans application de la franchise absolue de 16 €),
- Les frais engagés en France,
- Les frais de cure thermique et de séjour en maison de repos et/ou de convalescence,
- Les frais de rééducation.

Ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie tels que définis au § 1.4. ayant un caractère imprévisible survenus pendant la durée de la présente convention.

6.3.3 Remboursement des frais de télévision

Cette prestation s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives quelle qu'en soit la cause, **à l'exclusion de la maternité, des cures thermales, de toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique, etc.) et de toute hospitalisation répétitive suite à une même cause.**

FILASSISTANCE INTERNATIONAL rembourse les frais de location de télévision à l'hôpital dans la limite de 153 € TTC. Dans ce cas, le bénéficiaire devra transmettre sa demande de remboursement à FILASSISTANCE INTERNATIONAL **accompagnée impérativement de l'original de la facture des frais de télévision.**

6.3.4 Vie pratique

Les prestations ci-après s'appliquent sur simple appel d'un bénéficiaire.

6.3.4.1 Transmission de messages urgents à caractère personnel

En cas de nécessité, FILASSISTANCE INTERNATIONAL assure la transmission des messages à caractère urgent destinés à la famille du bénéficiaire ou à un de ses proches (et inversement) y compris des informations à caractère personnel et médical avec accord du bénéficiaire.

6.3.4.2 Recherche de médicaments

Lorsque, pour des raisons de santé ou à la suite d'un accident survenu au domicile, le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer et qu'il est détenteur d'une ordonnance prescrivant l'achat urgent de médicaments, FILASSISTANCE INTERNATIONAL fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au bénéficiaire ses médicaments.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL fait l'avance du coût des médicaments, qui seront remboursés par le bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne pourra intervenir que dans la limite des disponibilités locales (pharmacie ouverte, etc.).

6.3.4.3 Assistance obsèques

FILASSISTANCE INTERNATIONAL, en cas de nécessité, aide à l'organisation des obsèques du bénéficiaire (en accord avec les Organismes de Pompes Funèbres).

6.3.4.4 Avance de fonds en cas de décès

Suite au décès de l'un des membres de sa famille (conjoint, enfants à charge) FILASSISTANCE INTERNATIONAL procure au bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêts et après versement d'une caution par un proche ou toute autre personne désignée par lui, une somme de 763 € TTC (ou moins, si une somme inférieure est suffisante).

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds ou dans le cas où l'avance consentie peut permettre de débloquer une situation. Elle est remboursable dans un délai d'un mois à compter de la date du versement.

6.3.4.5 Renseignements pour la santé de tous les jours

Sur simple appel téléphonique du bénéficiaire, l'un des médecins de FILASSISTANCE INTERNATIONAL répond à ses questions d'ordre médical ou diététique :

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

Ces conseils qui ne peuvent se substituer à une consultation médicale sont à sa disposition du lundi au samedi de 9 H à 17 H.

6.3.5 Juridique

Les prestations ci-après s'appliquent sur simple appel du bénéficiaire FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut fournir des renseignements **exclusivement d'ordre privé** dans les domaines suivants :

6.3.5.1 Renseignements juridiques

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

6.3.5.2 Renseignements Vie Pratique

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

Ces conseils, qui ne peuvent se substituer à une consultation juridique, sont à la disposition du bénéficiaire du lundi au vendredi de 9 H à 18 H 30.

Dans certains cas, un délai pourra être nécessaire avant d'obtenir une réponse. FILASSISTANCE INTERNATIONAL se chargera alors d'appeler le bénéficiaire demandeur.

Le contrat HENNER TNS + SANTE est un contrat conçu et négocié auprès de l'assureur, avec mandat de distribution exclusif, par :



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) - Entreprise certifiée ISO 9001 par Bureau Veritas
Certification - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine,
France www.henner.com - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations
sur www.henner.com