



Henner Privilèges Santé

NOTICE
D'INFORMATION



Chaque jour à vos côtés



Sommaire

PREAMBULE.....	4
I. Le produit – le contrat	4
II. L'adhésion au contrat.....	4
1. LEXIQUE	4
2. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHESION	7
2.1. Les personnes assurées	7
2.2. Les conditions et formalités d'adhésion	7
2.3. L'âge limite d'adhésion	7
2.4. Vos déclarations	8
2.5. Le choix de la formule de garanties	8
2.6. La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat	8
2.7. La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties	8
2.8. La suspension des garanties	8
2.9. La résiliation de l'adhésion au contrat.....	8
2.10. Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance.....	9
2.11. Les cotisations.....	10
2.12. La prescription	10
2.13. La subrogation.....	12
2.14. Les réclamations – La médiation	12
2.15. L'autorité de contrôle	12
2.16. Protection des données à caractère personnel.....	12
3. LES GARANTIES	14
3.1. Le cadre juridique	14
3.2. L'objet du contrat	15
3.3. Ce que garantit le contrat	15
3.4. La modification des garanties	15
3.5. L'étendue territoriale des garanties.....	15
4. LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE	15
4.1. Les cas où la garantie ne s'exerce pas.....	15
4.2. Les limitations de la garantie santé.....	16
5. LE REGLEMENT DES PRESTATIONS.....	16
5.1. Le règlement des prestations.....	16
5.1.1. La procédure simplifiée	16
5.1.2. La procédure classique.....	16
5.1.3. Le paiement des prestations.....	17
5.2. Les renseignements complémentaires	17
5.3. Le contrôle et expertise.....	17
5.4. Les délais à respecter	17
5.5. Les sanctions	17
6. GARANTIES INCLUSES DANS VOTRE CONTRAT : L'ASSISTANCE JURIDIQUE	17

ARTICLE 1 - LES DEFINITIONS	17
ARTICLE 2 - CE QUE VOUS APPORTE VOTRE CONTRAT	17
ARTICLE 3 - CE QUI RESTE EN DEHORS DE VOTRE CONTRAT	17
ARTICLE 4 - LES BENEFICIAIRES DE VOTRE CONTRAT	17
ARTICLE 5 - LA VALIDITE DE VOTRE CONTRAT	17
ARTICLE 6 - LA SUBROGATION	18
ARTICLE 7 - LA RESILIATION	18
ARTICLE 8 - VOTRE PRIME	18
ARTICLE 9 - QUE FAIRE EN CAS DE BESOIN D'ASSISTANCE JURIDIQUE ?	18
ARTICLE 10 - LA DECLARATION DE SINISTRE	18
ARTICLE 11 - NOS INTERVENTIONS	18
ARTICLE 12 - PLAFONDS, FRANCHISE ET SEUIL D'INTERVENTION EN EUROS	18
ARTICLE 13 - LA PRESCRIPTION	18
ARTICLE 14 - LES EXCLUSIONS	18
ARTICLE 15 - L'ARBITRAGE, (ARTICLE L127-4 DU CODE DES ASSURANCES)	19
ARTICLE 16 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	19
7. GARANTIES INCLUSES DANS VOTRE CONTRAT : CAPITAL ACCIDENT	20
PRÉAMBULE	20
I. Le produit – Le contrat	20
II. L'adhésion au contrat	20
1. LEXIQUE	20
2. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION	21
2.1. Les personnes assurées	21
2.2. Les conditions et formalités d'adhésion	21
2.3. L'âge limite d'adhésion	22
2.4 Vos déclarations	22
2.5 Le choix de la formule de garanties	22
2.6 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat	22
2.7 La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente La cessation des garanties	22
2.8 La suspension des garanties	23
2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat	23
2.10 Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	23
2.11 Les cotisations	24
2.12 La prescription	24
2.13 La subrogation	26
2.14 Les réclamations – La médiation	26
2.15 L'autorité de contrôle	26
2.16 Protection des données à caractère personnel	26
3. LES GARANTIES	28
3.1 Le fonctionnement des garanties	28
3.2 Le contenu des garanties en cas de décès ou PTIA	29
4. CE QUI N'EST PAS GARANTI	29
5. COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DES PRESTATIONS ?	29
5.1 La déclaration et les documents à transmettre	29
5.2 Modalités du règlement des capitaux	30
5.3 Modalités du paiement des capitaux	30
5.4 Contrôle et expertise médicale	30

Votre notice d'information du contrat PRIVILEGES 10. Contrat n°A7053 0001/0002/0003.

PREAMBULE

I. Le produit – le contrat

PRIVILÈGES 10 est une convention d'assurance comportant à titre principal une couverture complémentaire santé ayant pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Ces garanties font l'objet de la présente notice d'information relative aux contrats souscrits sous les numéros A 7053 0001/0002/0003.

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

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

SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS)

S.A. au capital de 150 000 000 euros

**Siège social : 7, rue Belgrand 92300 LEVALLOIS PERRET
Entreprise régie par le Code des assurances 322 215 021 RCS Nanterre.**

Ci-après désigné l'Assureur ou SWISSLIFE Par :

Garantie Médicale et Chirurgicale (GMC) Association loi 1901

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

Ci-après désignée l'Association

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

HENNER

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

**Siège social : 14 Bd du Gal Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine
RCS Nanterre n° 323 377 739**

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

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

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

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

Le contrat PRIVILÈGES 10 est régi par le Code des assurances français.

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

HENNER

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

**Siège social : 14 Bd du Gal Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine
RCS Nanterre n° 323 377 739**

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

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

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

II. L'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat est :

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

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

Adhérent

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

Adhésion à distance

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

Assuré(s)

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

Avenant

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

Ayants-droit

Désigne sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat :

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

Base de remboursement (BR)

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

On parle de :

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

Bonus fidélité

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

Catégories de médecin

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

- **Médecin conventionné en secteur 1** : il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire.
- **Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)** : en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.
- **Médecin conventionné en secteur 2** : il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.
- **Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)** : en souscrivant à l'option

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

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

Certification d'adhésion

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

Chambre particulière

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

Conjoint

On entend par conjoint :

L'époux (se) de l'Adhérent non-divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;

- Le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
- Le concubin de l'Adhérent.

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

Couple

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

Date anniversaire de l'adhésion

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

Date d'effet

Date à laquelle débute l'adhésion. Elle est indiquée sur le certificat d'adhésion.

Déchéance

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

Délai d'attente

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

Déléataire

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

Dépassement d'honoraires

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

Dispositions personnelles

Désignent également le certificat d'adhésion.

Domicile

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

Dossier d'adhésion

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

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

Échéance

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

Échéance principale

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

Enfants

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

Établissements médico-sociaux

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

Forfait annuel

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

Franchise médicale

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

Elle s'élève à :

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

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

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

Garantie

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

Honoraires limite de facturation (HLF)

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

Hospitalisation

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

Long séjour

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

Maladie

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

Maternité

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

Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SSR)

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

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables et servent de base pour les calculs des remboursements des régimes obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), la Liste des Produits et Prestations (LPP) et la Table Nationale de Biologie (TNB).

Nous

Désigne l'assureur mentionné aux dispositions personnelles.

Nullité de l'adhésion

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

Parcours de soins

Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'Assurance Maladie.

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

Participation forfaitaire

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

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'état (AME).

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

Plafond annuel de remboursement

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

Période de garantie

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

Prix limite de vente

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

Régime Obligatoire - RO

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

Résiliation

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

Sinistre

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

Tarif d'Autorité – TA

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

Tarif de Convention – TC

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

Tarif de Responsabilité – TR

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

Ticket Modérateur - TM

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

Transport

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

Vous

Désigne l'Adhérent.

2. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHESION

2.1. Les personnes assurées

Pour bénéficier des garanties vous devez :

- Adhérer à l'Association GMC,
- Résider en France,
- Être majeur civilement responsable,
- Être âgé à l'adhésion d'au moins 18 ans et de moins de 66 ans,

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

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

2.2. Les conditions et formalités d'adhésion

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

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

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

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

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

Vous vous engagez à déclarer à l'Assureur toute modification relative à votre situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle vous recevez votre certificat d'adhésion.

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

2.3. L'âge limite d'adhésion

Age minimal d'adhésion lors de la prise d'effet des garanties quelle que soit la formule de garantie retenue avec son éventuel renfort : 18 ans.

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

2.4. Vos déclarations

3.4.1. À l'adhésion

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

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

Vous devez déclarer les garanties de même nature souscrites par vous auprès d'autres assureurs.

2.4.2. En cours d'adhésion

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

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

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

2.4.3. La validité de vos déclarations

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

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

2.4.4. Les conséquences de la fausse déclaration

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

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

2.5. Le choix de la formule de garanties

Le contrat est composé de plusieurs formules de garanties et renforts à votre choix.

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

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

2.6.1. La conclusion de l'adhésion

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

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

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

2.6.2. La durée de l'adhésion

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

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

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

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

2.7.1. La prise d'effet

La date d'effet des garanties est indiquée au certificat d'adhésion. L'adhésion produira ses effets sous réserve du paiement de la première cotisation (ou fraction de cotisation en cas de paiement échelonné), et au plus tôt à la date fixée au certificat d'adhésion. La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

2.7.2. Les délais d'attente

Les garanties sont acquises immédiatement et sans délai d'attente sauf pour la Formule HOSPI seule qui comporte un délai d'attente de 1 mois.

2.7.3. La cessation des garanties

La garantie est viagère.

Elle cesse toutefois :

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

2.8. La suspension des garanties

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

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

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

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

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

2.9. La résiliation de l'adhésion au contrat

2.9.1. Par l'Adhérent

Vous pouvez résilier votre adhésion :

- A la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un pré-avis de 2 mois. A compter du 1er décembre 2020, vous avez la possibilité de mettre un terme à votre adhésion au contrat PRIVILÈGES 10 à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.
- En cas de modification du tarif décidée en fonction de l'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, et ce dans les 30 jours suivant la date de notification de cette modification.

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

2.9.2. Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée en cas de :

- Non-paiement des cotisations ;
- Réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- Aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'Assuré n'accepte pas le tarif proposé ;
- Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues, étant précisé que l'assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse ;
- Déménagement de la résidence principale en dehors de France ;
- En cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (art. L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L. 641-11-1 du Code de commerce) de l'adhérent, et dans le respect des dispositions de ces textes.

2.9.3. De plein droit

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

Lorsque l'un des renforts est retenu en option, la résiliation s'effectue dans les mêmes conditions que la garantie principale. En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations sont dues pour les soins et traitement en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

2.9.4. Modalités de la résiliation

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

Adresse postale :

HENNER – 14 Bd du Général Leclerc – 92200 Neuilly-sur-Seine
Adresse courrier électronique :
sante.individuels.bo@henner.fr

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

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

Démarchage à domicile

« 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 de-

mande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Modalités et conditions de renonciation

L'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser à HENNER sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.

Courrier postal :

HENNER – 14 Bd du Général Leclerc – 92200 Neuilly-sur-Seine
Email : sante.individuels.bo@henner.fr

Modèle de lettre de renonciation

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

(Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. (En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

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

Perte de la faculté de renonciation

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

Conséquences de la renonciation

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

L'assureur procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets.

L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Articles du Code des assureurs

L. 112-9 du Code des assurances.

Vente à distance

« Fourniture de services à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestations de services à distance, organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat. »

Exécution immédiate du contrat

Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent. La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation

annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

Modalités et conditions de renonciation

L'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser à HENNER sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.

Courrier postal :

HENNER – 14 Bd du Général Leclerc – 92200 Neuilly-sur-Seine
Email : sante.individuels.bo@henner.fr

Modèle de lettre de renonciation

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

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

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

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

Conséquences de la renonciation

Si l'adhérent a demandé l'exécution de son adhésion dès sa conclusion, lorsque celui-ci exerce son droit de rétractation, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel de la prime correspondante à la période d'assurance, à l'exclusion de toute pénalité.

Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.

Articles du Code des assureurs

L. 112-2-1 du Code des assurances

2.11. Les cotisations

2.11.1. Le montant des cotisations

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

▪ En cours d'adhésion :

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

- De 2 % jusqu'à l'âge de 54 ans ;
 - De 3 % de 55 à 75 ans ;
 - De 3,5% au-delà de 76 ans.
- En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.
- La cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.

- La cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

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

La tarification « Enfant » s'applique jusqu'aux 18 ans inclus de l'enfant.

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

2.11.2. La variation des cotisations

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

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

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

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

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

2.11.3. La révision du tarif

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

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

Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier votre adhésion conformément à l'article 2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat.

2.11.4. Le paiement des cotisations

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

2.11.5. Le non-paiement des cotisations

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

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

2.12. La prescription

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

Délai de prescription

Article L. 114-1

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

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assuré 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 en-voi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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

Les causes ordinaires d'interruption

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

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

Article 2240 du Code civil

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

- Demande en justice
 - Article 2241 du Code civil

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

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

- Article 2242 du Code civil

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

- Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est 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 1^{er} janvier 2018 :

- Article 2233 du Code civil La prescription ne court pas :

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

- Article 2234 du Code civil

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

- Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrrages 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

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

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

Votre deuxième contact : le service réclamations

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

Adresse postale :

Groupe Henner

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

Email : cellulereclamation@henner.fr

La médiation

En dernier recours : le médiateur de l'assurance

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

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

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

2.15. L'autorité de contrôle

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

2.16. Protection des données à caractère personnel

2.16.1. Qualité des parties

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

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

HENNER, en sa qualité de Courtier et 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	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés ▪ Elaboration des statistiques et études actuarielles ▪ Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque ▪ Exécution des garanties des contrats ▪ Gestion des contrats et Gestion des clients ▪ Exercice des recours et gestion des réclamations et des contentieux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'Adhérent et le(s) Assuré(s) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de ces derniers.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion des demandes d'exercice de droit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le traitement est nécessaire au respect d'une obligations légale à laquelle le responsable de traitement est soumis

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

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

Les données personnelles des Adhérents et des Assurés sont également traitées par HENNER en sa qualité de Responsable de traitement pour les finalités suivantes, conformément aux réglementations applicables selon les bases légales décrites ci-dessous :

Finalité du traitement de données personnelles	Fondement légal permettant la mise en œuvre du traitement
<p>Finalité 1 : Amélioration de la qualité des services et de la relation avec les affiliés</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Ecoute et enregistrement des conversations téléphoniques à des fins de formation, d'évaluation ou d'amélioration de la qualité de nos services Réalisation d'enquêtes de satisfaction Etudes statistiques et commerciales 	<ul style="list-style-type: none"> 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.
<p>Finalité 2 : Gestion des sites et applications (Espace Client)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Administration technique des sites et applications Gestion des accès, de la sécurité, de la maintenabilité, des évolutions des sites et applications Gestion des cookies 	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt légitime d'Henner de s'assurer de la disponibilité et du bon fonctionnement de ses sites et applications Consentement pour l'utilisation de certains cookies

2.16.3. Information des Assurés par l'Adhérent

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

2.16.4. Destinataires et transferts des données à caractère personnel

Les données relatives aux Adhérents et aux Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe de sociétés auquel appartiennent SWISS LIFE ou HENNER dans le cadre de l'exercice de leurs missions, aux sous-traitants (agents généraux d'assurance, hébergeur de données, prestataires de solutions informatiques, prestataires d'envois de courriers, etc.) agissant

sur strictes instructions des responsables de traitement conjoints, aux réassureurs intervenant dans le cadre des garanties du présent Contrat (ayant-droit, bénéficiaire, adhérent, souscripteur), ainsi qu'aux mandataires et partenaires (partenaires intervenant dans le cadre des prestations d'assistance, etc.) des responsables de traitement conjoints. Certaines données pourront également être destinées à tous organismes professionnels ou administrations dans le cadre de leurs missions respectives ou pour répondre à des obligations légales.

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

2.16.5. Durées de conservation des données

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

2.16.6. Exercice des droits

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

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

Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, l'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser à : HENNER – DPO – Conformité/Relation assureurs – 14 Boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@henner.com. Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil de HENNER.

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

Tout Adhérent ou Assuré est informé qu'il est par ailleurs en droit de déposer une plainte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (<https://www.cnil.fr/>). Nous encourageons l'Adhérent et nos Assurés à contacter en amont

nos Délégués à la Protection des Données pour toute problématique relative au traitement de leurs données personnelles.

2.16.7. Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

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

- Pour l'Assureur (porteur de risque) SWISS LIFE, par courrier postal à l'adresse suivante : SWISS LIFE – DPO - 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr;
- Pour le Courtier et délégataire de gestion HENNER, par courrier postal à l'adresse suivante : HENNER - 14 bd du Général Leclerc – 92 200 Neuilly-sur-Seine ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@henner.com.

3. LES GARANTIES

3.1. Le cadre juridique

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

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

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

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

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

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

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

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

Le contrat responsable :

- Ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- Ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues aux II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

- Doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dé- passement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

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

3.2. L'objet du contrat

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

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

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

3.3. Ce que garantit le contrat

3.3.1. La garantie santé

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

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

de l'équipement. Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

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

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

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

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

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

3.3.3. Les garanties accessoires annexes

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

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

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

3.4. La modification des garanties

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

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

3.5. L'étendue territoriale des garanties

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

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

4. LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE

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

- Ainsi qu'évoqué au paragraphe 3.1 Le cadre juridique, les différentes formules du contrat dites responsables ne sauraient couvrir :
 - La majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;

- La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues 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.
- Il en est de même lorsque les formules retenues sont dites non responsables.
- Elles ne garantissent également pas les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

4.2. Les limitations de la garantie santé

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

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

5. LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

5.1. Le règlement des prestations

5.1.1. La procédure simplifiée

La télétransmission

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

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

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

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

Le tiers payant

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

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

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

5.1.2. La procédure classique

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

après, accompagnées, le cas échéant, du refus de prise en charge du Régime obligatoire.

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

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

Pour tenir compte de la situation particulière de certains dossiers, l'assureur et HENNER se réservent la possibilité de demander des pièces complémentaires à celles figurant dans le tableau ci-dessus.

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

5.1.3. Le paiement des prestations

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

5.2. Les renseignements complémentaires

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

Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement, à son attention exclusive.

5.3. Le contrôle et expertise

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

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

L'expertise contradictoire :

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;

Compromis d'arbitrage :

Si un désaccord sur l'état de santé de l'adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. 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.

6. GARANTIES INCLUSES DANS VOTRE CONTRAT : L'ASSISTANCE JURIDIQUE

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

ARTICLE 1 - LES DEFINITIONS

Les bénéficiaires

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

Nous

CFDP Assurance.

Le Tiers

Toute personne étrangère au contrat.

Le Litige

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

Le Sinistre

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

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances.

ARTICLE 2 - CE QUE VOUS APPORTE VOTRE CONTRAT

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

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

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

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

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

ARTICLE 3 - CE QUI RESTE EN DEHORS DE VOTRE CONTRAT

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

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

ARTICLE 4 - LES BENEFICIAIRES DE VOTRE CONTRAT

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

ARTICLE 5 - LA VALIDITE DE VOTRE CONTRAT

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

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

ARTICLE 6 - LA SUBROGATION

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

ARTICLE 7 - LA RESILIATION

La garantie « Assistance Juridique », faisant partie intégrante de votre assurance « HENNER Santé », cesse automatiquement lors de la résiliation de cette dernière ou dans les conditions ci-après. Par VOUS ou par NOUS : chaque année à la date d'échéance principale moyennant un préavis de deux mois par lettre recommandée avec accusé de réception (article L113-12 du Code des Assurances).

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

ARTICLE 8 - VOTRE PRIME

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

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

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

Contactez l'Assureur au : 01 49 95 99 12 (coût d'un appel local). L'accès au service se fait du lundi au vendredi de 9H à 12H et de 14H à 18H (sauf jours fériés).

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

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

ARTICLE 10 - LA DECLARATION DE SINISTRE

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

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

ARTICLE 11 - NOS INTERVENTIONS

Par votre contrat, vous nous donnez mandat d'intervenir en votre nom. Vous nous réservez l'exercice de tout recours amiable.

Nous vous laissons le choix de vos défenseurs, mais c'est nous qui les saisissons. Lorsque vous choisissez vos défenseurs, nous vous remboursons en fin d'instance le montant TTC des frais et honoraires, dépenses incluses, restant définitivement à votre charge dans le délai d'un mois après réception des éléments nécessaires. Les honoraires de résultat, ainsi que toute dépense, engagée avant déclaration du sinistre ou sans notre accord, sont exclus.

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

Article 12.1 – Plafond maximum de prise en charge par sinistre

- (France, Principautés d'Andorre et de Monaco): 22 313 €
- Dont plafond pour : Démarches amiables : 558 €
- Dont plafond pour : Expertises judiciaires : 5 419 €

Article 12.2 - Plafond maximum de prise en charge par sinistre

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

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

ARTICLE 13 - LA PRESCRIPTION

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

ARTICLE 14 - LES EXCLUSIONS

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

- Ne relevant pas de votre vie privée ou plus généralement ne relevant pas de la garantie expressément décrite à l'article 2,
- Trouvant leur origine dans une guerre civile ou étrangère, une émeute, un mouvement populaire, une manifestation, une rixe, un attentat, un acte de vandalisme, de sabotage ou de terrorisme.
- En rapport avec une violation intentionnelle des obligations légales ou incontestables, une faute, un acte frauduleux ou dolosif que vous avez commis volontairement contre les biens et les personnes en pleine conscience de leurs conséquences dommageables et nuisibles.
- Garantis par une compagnie d'assurance dommages ou responsabilité civile (sauf opposition d'intérêts ou refus injustifié d'intervenir de celle-ci) et ceux relevant du défaut de souscription par vous d'une assurance obligatoire.
- Dont les manifestations initiales sont antérieures et connues de vous à la prise d'effet de votre adhésion au contrat.

- Survenant lorsque vous êtes en état d'ivresse publique et manifeste, lorsque votre taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu le sinistre, lorsque vous êtes sous l'influence de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ou lorsque vous refusez de vous soumettre à un dépistage.
- Individuels ou collectifs du travail ou relatifs à l'expression d'opinions politiques, religieuses, philosophiques ou syndicales.
- Relatifs à la gestion ou à l'administration d'une société civile ou commerciale, d'une association ou d'une copropriété, ainsi que ceux liés à un mandat électif.
- Vous opposant aux services publics, aux organismes bancaires, de crédit ou d'assurances.
- De nature douanière.
- Relatifs aux actions engagées contre vos débiteurs s'ils font l'objet d'une procédure relevant de la loi du 26 juillet 2005 sur la sauvegarde des entreprises,
- Relevant du droit des personnes (livre 1^{er} du Code Civil), des successions, des libéralités ou donations, des régimes matrimoniaux ou des contrats de mariage.
- Les recouvrements de vos créances.

Article 14.2 - L'assureur ne prend jamais en charge

- Les frais engagés sans l'accord préalable de l'assureur, sauf urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire,
- Toute somme de toute nature due à titre principal, les amendes, les cautions, les consignations pénales, les astreintes, les intérêts et pénalités de retard,
- Les frais de rédaction d'actes et de contrats,
- Les frais destinés à prouver la réalité de votre préjudice,
- Les frais d'identification ou de recherche de votre adversaire,
- Les dépenses et frais de justice exposés par la partie adverse que vous devez supporter par décision judiciaire, ou ceux que vous avez acceptés de prendre en charge dans le cadre d'un protocole d'accord,
- Les sommes au paiement desquelles vous êtes condamnés au titre des articles 700 du code de procédure civile, 375 et 475-1 du code de procédure pénale, l761-1 du code de justice administrative, ainsi que de leurs équivalents devant les juridictions étrangères.
- Les sommes dont vous êtes légalement redevable au titre de droits proportionnels,
- Les honoraires de résultat de tout auxiliaire de justice.

ARTICLE 15 - L'ARBITRAGE, (ARTICLE L127-4 DU CODE DES ASSURANCES)

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

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

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

ARTICLE 16 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

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

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

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

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

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

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

7. GARANTIES INCLUSES DANS VOTRE CONTRAT : CAPITAL ACCIDENT

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

Référence : NI Capital Accident - 01/2021.

Votre notice d'information du contrat A 7054 0001

PRÉAMBULE

I. Le produit – Le contrat

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

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

SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS)

S.A. au capital de 150 000 000 euros

Siège social : 7, rue Belgrand- 92300 LEVALLOIS PERRET
Entreprise régie par le Code des assurances 322 215 021 RCS Nanterre.

Ci-après désigné l'Assureur ou SWISS LIFE Par :

Garantie Médicale et Chirurgicale (GMC)- Association loi 1901

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

Ci-après désignée l'Association

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

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

Siège social : 14 Bd du Gal Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine
RCS Nanterre n° 323 377 739- Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n° 07.002.039

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

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

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

Le contrat CAPITAL ACCIDENT est régi par le Code des assurances français.

Le contrat CAPITAL ACCIDENT entre l'Association GMC et l'assureur prend effet le 01/04/2021, et se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

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

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

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

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

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

HENNER

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

Siège social : 14 Bd du Gal Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine - RCS Nanterre n° 323 377 739 - Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n° 07.002.039
Désigné ci-après « le délégataire » ou « HENNER ».

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

II. L'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat est :

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

1. LEXIQUE

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

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

Accident

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

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

Accident de la circulation

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

Adhérent

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

Adhésion à distance

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

Assuré(s) ou Ayants droit

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

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

Avenant

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

Certificat d'Adhésion

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

Conjoint

On entend par conjoint :

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

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

Date anniversaire de l'adhésion

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

Date d'effet

Date à laquelle débute l'adhésion, les garanties prenant effet à l'expiration du délai d'attente. Elle est indiquée au certificat d'adhésion. Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

Déchéance

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

Domicile

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

Échéance

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

Echéance principale :

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

Enfants

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

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs

France

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

Maladie

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

Nous

Désigne l'assureur mentionné au certificat d'adhésion.

Nullité

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

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

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

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

Sinistre

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

Vous

Désigne l'adhérent.

2. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

2.1. Les personnes assurées

Pour bénéficier des garanties du contrat CAPITAL ACCIDENT vous devez :

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

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

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

2.2. Les conditions et formalités d'adhésion

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

- l'option de garantie choisie correspondant aux capitaux assurés en cas de décès (20.000, 40.000 ou 60.000€);

- La formule de garantie (Isolé, Duo ou Famille) correspondant à la composition de la famille assurée ;
- Des indications relatives à la situation personnelle des personnes à assurer.

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

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

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

Vous vous engagez à déclarer à l'Assureur toute modification relative à votre situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle vous recevez votre certificat d'adhésion.

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

2.3. L'âge limite d'adhésion

Age minimal d'adhésion lors de la prise d'effet des garanties quelle que soit la formule de garantie retenue avec son éventuel renfort : 18 ans.

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

2.4 Vos déclarations

2.4.1 À l'adhésion

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

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

2.4.2 En cours d'adhésion

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

- Tout changement de la composition de la famille (naissance, mariage, décès) ;
- Toute modification des éléments renseignés dans la proposition d'assurance ;
- Tout changement de domicile ou fixation hors de France,
- Tout changement d'adresse électronique,

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

2.4.3 La validité de vos déclarations

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

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire HENNER ou l'Assureur en erreur sur les causes, circonstances, conséquences

ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

2.4.4 Les conséquences de la fausse déclaration

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

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

2.5 Le choix de la formule de garanties

Le contrat est composé de plusieurs formules de garanties à votre choix.

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

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

2.6.1 La conclusion de l'adhésion

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

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

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

2.6.2 La durée de l'adhésion

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

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

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

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

2.7.1 La prise d'effet

La date d'effet des garanties est indiquée au certificat d'adhésion. L'adhésion produira ses effets sous réserve du paiement de la première cotisation (ou fraction de cotisation en cas de paiement échelonné), et au plus tôt à la date fixée au certificat d'adhésion. La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

2.7.2 Les délais d'attente

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

2.7.3 La cessation des garanties

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

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

Les garanties prennent également fin :

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

2.8 La suspension des garanties

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

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

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

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

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

2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat

2.9.1. Par l'Adhérent

Vous pouvez résilier votre adhésion :

- A la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.
- En cas de modification du tarif décidée en fonction de l'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, et ce dans les 30 jours suivant la date de notification de cette modification.

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

2.9.2. Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée en cas de :

- Non-paiement des cotisations ;
- Réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations in dues, 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

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

- Résiliation de l'adhésion au contrat PRIVILÈGES 10 de l'adhérent ;
- Retrait de l'agrément de l'Assureur ;
- En cas de décès de l'adhérent.

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

2.9.4 Modalités de la résiliation

Vous pouvez résilier votre adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique afin de conserver une

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

Adresse postale :

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

Adresse courrier électronique :

sante.individuels.bo@henner.fr

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

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

DÉMARCHAGE À DOMICILE

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Modalités et conditions de renonciation

L'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser à HENNER sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.

Courrier postal :

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

Email : sante.individuels.bo@henner.fr

Modèle de lettre de renonciation

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

(Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. (En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées (Indiquez le lieu, la date et votre signature).

Perte de la faculté de renonciation

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

Conséquences de la renonciation

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

L'assureur procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets.

L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Articles du Code des assurances

L. 112-9 du Code des assurances.

VENTE À DISTANCE

« Fourniture de services à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestations de services à distance, organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat. »

Exécution immédiate du contrat

Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent. La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

Modalités et conditions de renonciation

L'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser à HENNER sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.

Courrier postal :

HENNER – 14 Bd du Général Leclerc – 92200 Neuilly-sur-Seine
Email : sante.individuels.bo@henner.fr

Modèle de lettre de renonciation

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

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

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

Conséquences de la renonciation

Si l'adhérent a demandé l'exécution de son adhésion dès a conclusion, lorsque celui-ci exerce son droit de rétractation, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel de la prime correspondante à la période d'assurance, à l'exclusion de toute pénalité.

Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.

Articles du Code des assurances

L. 112-2-1 du Code des assurances

2.11 Les cotisations

2.11.1 Le montant des cotisations

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

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

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

2.11.2 La variation des cotisations

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

2.11.3 La révision du tarif

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

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

Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier votre adhésion conformément à l'article 2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat.

2.11.4 Le paiement des cotisations

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

2.11.5 Le non-paiement des cotisations

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

2.12 La prescription

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

Délai de prescription :

Article L. 114-1

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

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

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

Causes d'interruption de la prescription :

Article L. 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou 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. gov.fr) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

2.13 La subrogation

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

2.14 Les réclamations – La médiation

La réclamation

- Votre premier contact : votre interlocuteur habituel : en cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel.
- Votre deuxième contact : le service réclamations
- Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations aux adresses suivantes :

Adresse postale :

Groupe Henner - À l'attention du Service Qualité

Héron Parc – 40, rue de la Vague - 59650 Villeneuve d'Ascq

Email : cellulereclamation@henner.fr

La médiation

En dernier recours : le médiateur de l'assurance

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

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

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

2.15 L'autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudential 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 déléataire de gestion, détermine les moyens principaux nécessaires au traitement des données personnelles et assure leur mise en œuvre technique et opérationnelle.

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

2.16.2 Finalités des traitements de données personnelles

Aux fins de fournir les garanties du Contrat, les données à caractère personnel peuvent être traitées pour différentes finalités, mises en œuvre conjointement par SWISS LIFE et

HENNER conformément aux réglementations applicables selon les bases légales décrites ci-dessous :

Finalité du traitement de données personnelles	Fondement légal permettant la mise en œuvre du traitement
Finalité 1 : Passation, gestion et exécution du contrat, pouvant notamment inclure des prises de décisions automatisées	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés ▪ Elaboration des statistiques et études actuarielles ▪ Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque ▪ Exécution des garanties des contrats ▪ Gestion des contrats et Gestion des clients ▪ Exercice des recours et gestion des réclamations et des contentieux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'Adhérent et le(s) Assuré(s) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de ces derniers.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion des demandes d'exercice de droit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le traitement est nécessaire au respect d'une obligations légale à laquelle le responsable de traitement est soumis
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lutte contre la fraude, ces dispositifs pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des contrats et aux intérêts légitimes poursuivis par les responsables du traitement. Ces intérêts consistent notamment à garantir (i) la pérennité de l'activité de l'Assureur et des risques qu'il assure, et de (ii) favoriser l'équité entre Assurés (la mutualisation des cotisations et des risques étant au cœur des activités d'assurance).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'actions de prévention proposées par l'Assureur ▪ Conduite d'activités de recherche et développement ▪ Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement. Ces intérêts consistent notamment en l'amélioration des produits et services aux clients, en la prévention et réduction des risques et sinistres, ou encore en la réalisation d'enquête de satisfaction ou autres opérations en relation avec la clientèle. .
<p>Finalité 2 : Prospection commerciale</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer les opérations relatives à la gestion des prospects de l'Organisme d'assurance ▪ L'acquisition, la cession, la location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes des responsables de traitement conjoints aux fins de pouvoir développer leurs activités et proposer aux Adhérents et Assurés de nouveaux produits et offres. ▪ Vous pouvez vous opposer à tout moment à ce traitement en exerçant vos droits, conformément au paragraphe « Exercice des droits » ci-dessous.

Des données de santé de l'Adhérent et des Assurés peuvent faire l'objet de traitements sur le fondement de l'article 9,2-b du

Règlement Général sur la Protection des Données pour l'exécution des garanties du contrat en matière de protection sociale.

Les données personnelles des Adhérents et des Assurés sont également traitées par HENNER en sa qualité de Responsable de traitement pour les finalités suivantes, conformément aux réglementations applicables selon les bases légales décrites ci-dessous :

Finalité du traitement de données personnelles	Fondement légal permettant la mise en œuvre du traitement
<p>Finalité 1 : Amélioration de la qualité des services et de la relation avec les affiliés</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecoute et enregistrement des conversations téléphoniques à des fins de formation, d'évaluation ou d'amélioration de la qualité de nos services ▪ Réalisation d'enquêtes de satisfaction ▪ Etudes statistiques et commerciales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
<p>Finalité 2 : Gestion des sites et applications (Espace Client)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administration technique des sites et applications ▪ Gestion des accès, de la sécurité, de la maintenabilité, des évolutions des sites et applications ▪ Gestion des cookies 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intérêt légitime d'Henner de s'assurer de la disponibilité et du bon fonctionnement de ses sites et applications ▪ Consentement pour l'utilisation de certains cookies

2.16.3 Information des Assurés par l'Adhérent

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

2.16.4 Destinataires et transferts des données à caractère personnel

Les données relatives aux Adhérents et aux Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe de sociétés auquel

appartiennent SWISS LIFE ou HENNER dans le cadre de l'exercice de leurs missions, aux sous-traitants (agents généraux d'assurance, hébergeur de données, prestataires de solutions informatiques, prestataires d'envois de courriers, etc.) agissant sur strictes instructions des responsables de traitement conjoints, aux réassureurs intervenant dans le cadre des garanties du présent Contrat (ayant-droit, bénéficiaire, adhérent, souscripteur), ainsi qu'aux mandataires et partenaires (partenaires intervenant dans le cadre des prestations d'assistance, etc.) des responsables de traitement conjoints. Certaines données pourront également être destinées à tous organismes professionnels ou administrations dans le cadre de leurs missions respectives ou pour répondre à des obligations légales.

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

2.16.5 Durées de conservation des données

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

2.16.6 Exercice des droits

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

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

Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, l'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser à : **HENNER – DPO – Conformité/Relation assureurs – 14 Boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@henner.com**. Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil de HENNER.

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

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

2.16.7 Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

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

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

3. LES GARANTIES

3.1 Le fonctionnement des garanties

3.1.1 Quelles garanties pouvez-vous choisir ?

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

3.1.2 Étendue territoriale de vos garanties

Vos garanties restent acquises dans le monde entier sous réserve que vous résidiez habituellement et de façon régulière en France. Elles cessent lorsque l'adhérent perd la qualité de résident fiscal français, ou réside en dehors du territoire français plus de 3 mois par an (en une ou plusieurs périodes).

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

3.1.3 Date de l'événement garanti

La date de l'événement garanti est :

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

3.1.4 Date d'entrée en vigueur des garanties

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

3.1.5 Les âges termes de garantie

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

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

3.2 Le contenu des garanties en cas de décès ou PTIA

3.2.1 Les capitaux en cas de décès ou de PTIA

DÉCÈS

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

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

Limitation des garanties :

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

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

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

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

3.2.2. Les clauses bénéficiaires

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

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

- En priorité au conjoint non séparé de corps ni divorcé de l'assuré, ou son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- À défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- À défaut à ses héritiers.
- Acceptation du bénéficiaire
- Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'assurance. L'acceptation doit obligatoirement être faite selon l'une des deux modalités suivantes :
- Soit par un avenant signé par SWISS LIFE ou HENNER, par votre bénéficiaire et vous-même ;
- Soit par un acte authentique ou par un acte sous seing privé signé seulement par votre bénéficiaire et vous-même. Dans ce cas, elle n'a d'effet à notre égard que lorsqu'elle nous a été notifiée par écrit.

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

Conséquences de l'acceptation par le bénéficiaire :

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

4. CE QUI N'EST PAS GARANTI

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

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

5. COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DES PRESTATIONS ?

5.1 La déclaration et les documents à transmettre

La déclaration

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

La déclaration du décès sera effectuée par le ou les bénéficiaires. Ces déclarations doivent être effectuées par lettre recommandée à HENNER.

Les documents à transmettre En cas de décès :

- Le certificat d'adhésion ;
- Un extrait d'acte de décès ;

- Un certificat du médecin ayant constaté le décès indiquant la date, les circonstances, et la cause exacte du décès ;
- Une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif ;
- Toute preuve de l'accident, de sa cause et de sa date (articles de journaux, témoins, etc.).
- Une copie du livret de famille ou un certificat d'hérédité suivant le cas ;
- Un certificat post mortem et toutes pièces médicales utiles à fournir par les bénéficiaires ;
- En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie ou d'Invalidité permanente et totale
- Un certificat médical détaillé indiquant notamment la date de l'accident ayant entraîné l'invalidité, les lésions constatées, la nature de l'invalidité, les traitements médicaux en cours. Ce certificat médical devra également attester du caractère définitif de l'invalidité, ainsi que de la nécessité d'avoir recours de manière permanente à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante,
- Une copie du Procès-verbal de gendarmerie ou de police,
- Toute preuve de l'accident, de sa cause et de sa date (articles de journaux...),
- Si l'assuré est assuré social, une copie de la mise en Invalidité 3e catégorie par la Sécurité Sociale ou par son régime d'assurance obligatoire.

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

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

5.2 Modalités du règlement des capitaux

En cas de décès

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

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

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

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

5.3 Modalités du paiement des capitaux

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

5.4 Contrôle et expertise médicale

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

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

▪ Expertise contradictoire :

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expert du gestionnaire, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;

▪ Compromis d'arbitrage :

Si un désaccord sur l'état de santé de l'adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal judiciaire du domicile de l'adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties. Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

VOTRE CONTACT



*Here to care : Répondre présent à chaque moment

Henner, SAS de gestion et de courtage d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739 - Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (www.orias.fr) - Relevant du contrôle de l'ACPR (4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, www.acpr.banque-france.fr) - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - www.henner.com - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur www.henner.com. H9034 – 01/2023

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