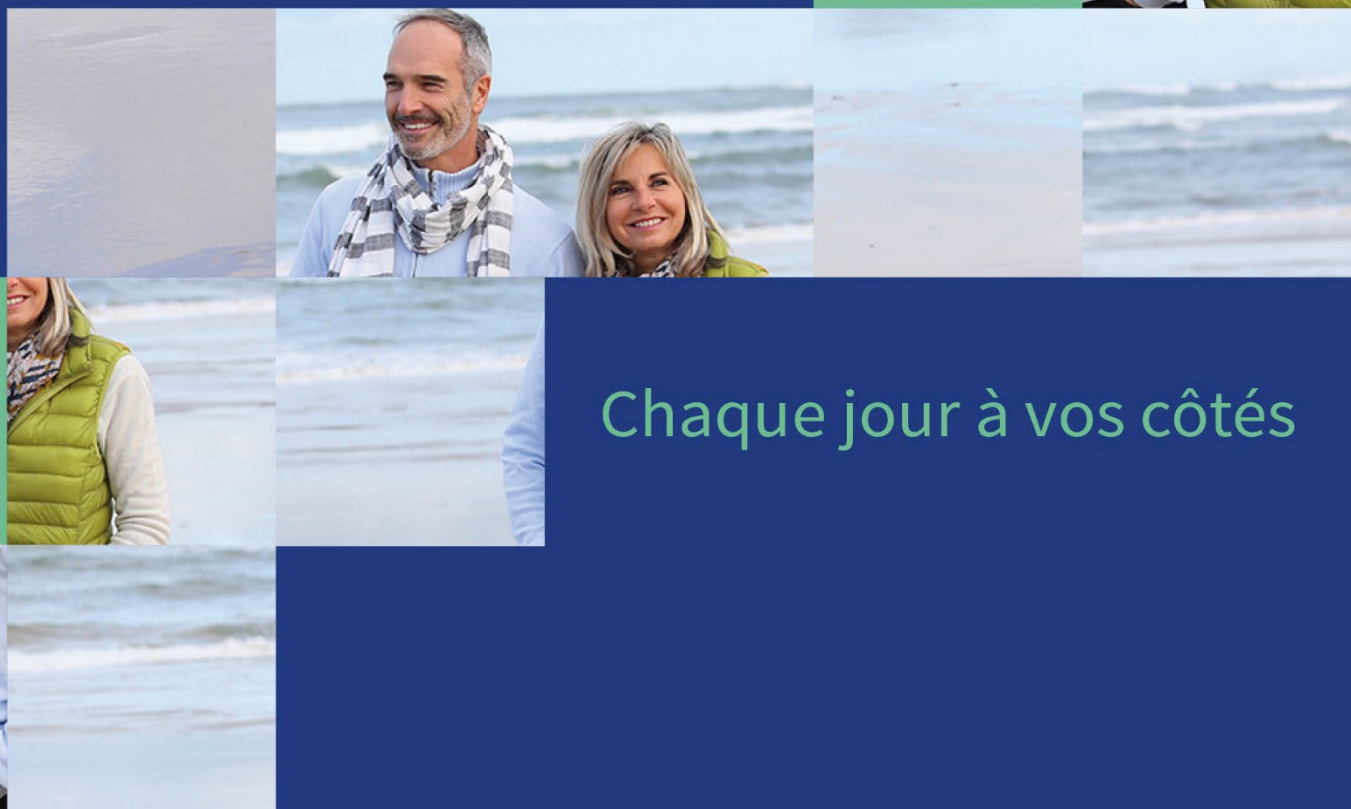




Henner Privilèges Santé

NOTICE
D'INFORMATION



Chaque jour à vos côtés

SOMMAIRE

I. QUELQUES DÉFINITIONS POUR MIEUX NOUS COMPRENDRE	6
II. PRÉSENTATION DU CONTRAT	7
ARTICLE 1 - L'information précontractuelle	7
ARTICLE 2 - Objet du contrat	7
III. FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION	8
ARTICLE 1 - Personnes assurées	8
ARTICLE 2 - Conditions et formalités d'adhésion	8
ARTICLE 3 - Vos déclarations	8
ARTICLE 4 - Choix de la formule de garanties	8
ARTICLE 5 - Conclusion de l'adhésion	8
ARTICLE 6 - Prise d'effet des garanties et délai d'attente	8
ARTICLE 7 - Suspension des garanties	8
ARTICLE 8 - Résiliation	9
ARTICLE 9 - Droit de renonciation en cas de vente à distance	9
ARTICLE 10 - Les cotisations	9
ARTICLE 11 - Prescription	10
ARTICLE 12 - La subrogation	10
ARTICLE 13 - Les réclamations - Médiation	10
ARTICLE 14 - Protection des données personnelles	10
ARTICLE 15 - L'autorité de contrôle	12
IV. LES GARANTIES	13
ARTICLE 1 - Cadre juridique	13
ARTICLE 2 - Ce que garantit le contrat	13
ARTICLE 3 - Modification des garanties	14
ARTICLE 4 - La révision des garanties et de l'adhésion	14
ARTICLE 5 - Étendue territoriale des garanties	14
V. LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIES	14
ARTICLE 1 - Situations où la garantie ne s'exerce pas	14
ARTICLE 2 - Les limitations de la garantie santé	14
VI. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	15
ARTICLE 1 - Règlement des prestations	15
ARTICLE 2 - Renseignements complémentaires	15
ARTICLE 3 - Contrôle et expertise	15
ARTICLE 4 - Délais à respecter	15
ARTICLE 5 - Sanctions	15
VII. ARTICLES DU CODE DES ASSURANCES ET DU CODE CIVIL	15
ARTICLE L. 112-3 du Code des Assurances	16
ARTICLE L. 112-9 du Code des Assurances	16
ARTICLE L. 113-2 du Code des Assurances	17
ARTICLE L. 113-3 du Code des Assurances	17
ARTICLE L. 113-8 du Code des Assurances	17
ARTICLE L. 113-9 du Code des Assurances	17
ARTICLE L. 113-12 du Code des Assurances	17
ARTICLE L. 113-16 - Résiliation pour modification ou cessation du risque	17
ARTICLE L. 121-12 - Subrogation de l'assureur	17
ARTICLE L. 132-5-1 - Faculté de renonciation	18
ARTICLES L. 114-1, L. 114-2 ET L. 114-3 du Code des Assurances	18
ARTICLE L. 114-2 - Causes d'interruption de la prescription	18
ARTICLE L. 114-3 - Caractère d'ordre public de la prescription	18
ARTICLE 2240 A 2246 du Code Civil - Causes ordinaires d'interruption de la prescription	18
VIII. ASSISTANCE JURIDIQUE	19
ARTICLE 1 - Les définitions	19
ARTICLE 2 - Ce que vous apporte votre contrat	19
ARTICLE 3 - Ce qui reste en dehors de votre contrat	19
ARTICLE 4 - Les bénéficiaires de votre contrat	19
ARTICLE 5 - La validité de votre contrat	19

ARTICLE 6 - La subrogation	19
ARTICLE 7 - La résiliation	19
ARTICLE 8 - Votre prime.....	19
ARTICLE 9 - Que faire en cas de besoin d'assistance juridique ?	19
ARTICLE 10 - La déclaration de sinistre	19
ARTICLE 11 - Nos interventions	19
ARTICLE 12 - Plafonds, franchise et seuil d'intervention en euros.....	19
ARTICLE 13 - La prescription	20
ARTICLE 14 - Les exclusions	20
ARTICLE 15 - L'arbitrage (ARTICLE L127-4 du Code des Assurances).....	20
ARTICLE 16 - Protection des données personnelles	20
IX.L'OPTION CAPITAL ACCIDENT	21
ARTICLE 1 - Lexique.....	21
ARTICLE 2 - L'objet du contrat	21
ARTICLE 3 - Conditions d'adhésion au contrat.....	21
ARTICLE 4 - Durée et cessation des garanties	21
ARTICLE 5 - Le droit de renonciation.....	21
ARTICLE 6 - La résiliation de l'adhésion	21
ARTICLE 7 - Les cotisations	22
ARTICLE 8 - Vos garanties	22
ARTICLE 9 - Les documents à fournir	22
ARTICLE 10 - Le paiement des prestations garanties.....	23
ARTICLE 11 - Les exclusions de garanties	23
ARTICLE 12 - Les plafonds d'indemnisation.....	23

Votre contrat Henner Santé - VOTRE NOTICE

Le Contrat Henner Santé est un produit d'assurance souscrit auprès de
l'Assureur, par : **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

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

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

Il est désigné, le délégataire de gestion, dans le texte ci-après. Votre contrat est souscrit auprès de :

SwissLife Prévoyance et Santé Siège social pour le risque complémentaire santé et individuelle accident

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

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

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

I. QUELQUES DÉFINITIONS POUR MIEUX NOUS COMPRENDRE

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

Accident :

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

Adhérent

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

Année d'assurance

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

Assuré(s)

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

Avenant

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

Ayants-droit

Désigne sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat :

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

Base de remboursement (BR)

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

On parle de :

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

Bonus fidélité

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

Catégories de médecin

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

- **Médecin conventionné en secteur 1** : il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire.
- **Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)** : en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.
- **Médecin conventionné en secteur 2** : il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.
- **Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)** : en souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.
- **Médecin non conventionné** : il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Conjoint

On entend par conjoint :

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

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

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

Date anniversaire de l'adhésion

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

Date d'effet

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

Déchéance

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

Délai d'attente

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

Déléataire

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

Dépassement d'honoraires

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

Dispositions personnelles

Désignent également le certificat d'adhésion.

Domicile

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

Dossier d'adhésion

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

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

Échéance

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

Échéance principale

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

Enfants

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

Établissements médico-sociaux

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

Forfait annuel

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

Franchise médicale

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

des femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse).

Elle s'élève à :

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

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

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

Garantie

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

Hospitalisation

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

Maladie

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

Maternité

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

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

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

Nous

Désigne l'assureur mentionné aux dispositions personnelles.

Nullité de l'adhésion

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

Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée (DPTAM)

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

Parcours de soins

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

Participation forfaitaire

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

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

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

Période de garantie

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

Plafond annuel de remboursement

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

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.

Ticket Modérateur - TM

Différence entre la base de remboursement prise en compte par le Régime Obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Transport

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

Verres optiques correcteurs

Les verres correcteurs sont définis comme suit :

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

Vous

Désigne l'Adhérent.

II. PRÉSENTATION DU CONTRAT

ARTICLE 1 - L'information précontractuelle

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

ARTICLE 2 - Objet du contrat

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

- Maladie ;
- Maternité ;
- Accident.

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

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

III. FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

ARTICLE 1 - Personnes assurées

Pour bénéficier des garanties, vous devez :

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

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

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

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

ARTICLE 2 - Conditions et formalités d'adhésion

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

ARTICLE 2.1 - Adhésion sur support papier

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

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

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

ARTICLE 2.2 - Adhésion par voie téléphonique

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

L'Adhérent, l'assureur et le souscripteur conviennent :

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

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

ARTICLE 3 - Vos déclarations

ARTICLE 3.1 - À l'adhésion

L'adhésion est établie d'après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence. Vous devez répondre à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la proposition d'assurance. Vous devez déclarer les garanties de même nature souscrites par vous auprès d'autres assureurs.

ARTICLE 3.2 - En cours d'adhésion

Vous devez nous déclarer toutes les modifications suivantes :

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

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

ARTICLE 3.3 - Conséquences de la fausse déclaration

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

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

ARTICLE 4 - Choix de la formule de garanties

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

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

ARTICLE 5 - Conclusion de l'adhésion

ARTICLE 5.1 - Conclusion de l'adhésion

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

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

ARTICLE 5.2 - Durée

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion, soit 12 mois après la prise d'effet des garanties. L'adhésion se renouvelle en suite d'année en année par tacite reconduction sans intervention de la part de l'Adhérent, sauf dénonciation formulée par lui-même, l'Assureur ou le Souscripteur, et dans les conditions mentionnées à l'article 3.8.

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

ARTICLE 6.1 - Prise d'effet

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

L'adhésion produira ses effets le lendemain du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée aux dispositions personnelles. La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

Article 6.2 - Délai d'attente

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

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

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

ARTICLE 7 - Suspension des garanties

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

- Non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des Assurances (art. L 113-3),
- Séjour hors de France de plus de 2 mois par an en une ou plusieurs périodes dans une zone ou un pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères (liste consultable sur son site internet www.diplomatie.gouv.fr/fr – rubrique « Conseil aux voyageurs »).

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

- Les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés en cas de non-paiement,
- L'assuré revient vivre en France après un séjour : de plus de 2 mois en

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

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

ARTICLE 8 - Résiliation

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

Qui peut résilier ? L'Adhérent.

Vous avez également la possibilité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, de résilier votre contrat sans frais ni pénalités. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation du contrat.

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

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

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

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

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

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

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

Qui peut résilier ? L'assureur.

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

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

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

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

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

Qui peut résilier ? L'assureur.

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

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

ARTICLE 8.5 – Résiliation en cas de décès de l'Adhérent

Résiliation de plein droit.

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

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

Qui peut résilier ? L'Adhérent.

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

la modification.

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

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

En cas de perte de la qualité d'Adhérent (résiliation du contrat par HENNER SAS ou par l'Adhérent), l'adhésion au contrat Henner Santé est maintenue jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

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

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

ARTICLE 9 - Droit de renonciation en cas de vente à distance

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

ARTICLE 9.1 - Exécution immédiate du contrat

Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'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 renonciation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

ARTICLE 9.2 - Modalités et conditions de renonciation

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

ARTICLE 9.3 - Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (*nom et prénom de l'Adhérent*), demeurant à (*domicile principal*) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat Henner Santé n° (*numéro d'adhésion*) que j'ai signé le (*date*). (*Si des cotisations ont été versées*) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

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

ARTICLE 9.4 - Conséquence de la renonciation

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

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

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

ARTICLE 10 - LES COTISATIONS

ARTICLE 10.1 - Montant des cotisations

En début d'assurance, le montant de votre cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion, il est fixé en fonction :

- de la formule et éventuellement l'option choisie,
- de la composition familiale et de l'âge de chaque personne assurée à la prise d'effet des garanties
- du lieu de votre domicile
- des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des régimes d'Assurance Maladie 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 en fonction

de l'âge atteint par les assurés.

- 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 se garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant
- En cas de radiation d'un ayant droit la cotisation en vigueur est diminuée du montant de la cotisation respective
- La cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés
- La cotisation peut évoluer en cas de changement de votre domicile dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire.

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.

ARTICLE 10.2 - 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 la structure de nos remboursements ainsi qu'en fonction des résultats techniques de l'offre.

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.

ARTICLE 10.3 - Révision du tarif

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

Les révisions tarifaires interviennent à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance anniversaire de l'adhésion.

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

ARTICLE 10.4 - Paiement des cotisations

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

ARTICLE 10.5 - Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L. 113-3 du Code des Assurances, l'assureur peut actionner une procédure de résiliation visée à l'article 8.3 « Résiliation » en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

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

L'adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés par l'Adhérent. La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux remboursements des frais de soins (se rapportant à des accidents, maladie ou maternité) survenus pendant cette période. Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à la charge de l'Adhérent ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).

ARTICLE 11 - Prescription

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles 2240 à 2246 du Code Civil.

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

ARTICLE 12 - La subrogation

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

ARTICLE 13 - Les réclamations - Médiation

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

La Médiation de l'Assurance peut également être saisie, après l'écoulement d'un délai de 2 mois qui suit l'envoi de votre première réclamation, en remplissant le formulaire accessible depuis le site <https://www.mediation-assurance.org>, ou à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

ARTICLE 14 – Protection des données personnelles

14.1 Qualité des parties

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

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

HENNER, en sa qualité de Courtier et délégué de gestion, détermine les moyens principaux nécessaires au traitement des données personnelles et assure leur mise en œuvre technique et opérationnelle. La relation entre HENNER et SWISS LIFE, en leur qualité de responsables de traitement conjoints, fait l'objet d'un acte juridique écrit reflétant dûment les rôles respectifs des responsables conjoints du traitement et leurs relations vis-à-vis de l'Adhérent et des Assurés. Les grandes lignes de cette relation peuvent être mis à disposition de l'Adhérent et des Assurés en adressant une demande écrite au Délégué à la Protection des Données.

14.2 Finalités des traitements de données personnelles

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

Finalité du traitement de données personnelles	Fondement légal permettant la mise en œuvre du traitement
Finalité 1 : Passation, gestion et exécution du contrat, pouvant notamment inclure des prises de décisions automatisées	
<ul style="list-style-type: none"> Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés Elaboration des statistiques et études actuarielles Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque Exécution des garanties des contrats Gestion des contrats et Gestion des clients Exercice des recours et gestion des réclamations et des contentieux 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'Adhérent et le(s) Assuré(s) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de ces derniers.
<ul style="list-style-type: none"> Gestion des demandes d'exercice de droit 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire au respect d'une obligations légale à laquelle le responsable de traitement est soumis
<ul style="list-style-type: none"> Exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis
<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre la fraude, ces dispositifs pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des contrats et aux intérêts légitimes poursuivis par les responsables du traitement. Ces intérêts consistent notamment à garantir (i) la pérennité de l'activité de l'Assureur et des risques qu'il assure, et de (ii) favoriser l'équité entre Assurés (la mutualisation des cotisations et des risques étant au cœur des activités d'assurance).
<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'actions de prévention proposées par l'Assureur Conduite d'activités de recherche et développement Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement. Ces intérêts consistent notamment en l'amélioration des produits et services aux clients, en la prévention et réduction des risques et sinistres, ou encore en la réalisation d'enquête de satisfaction ou autres opérations en relation avec la clientèle. .
Finalité 2 : Prospection commerciale	

<ul style="list-style-type: none"> -Effectuer les opérations relatives à la gestion des prospects de l'Organisme d'assurance -L'acquisition, la cession, la location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance 	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes des responsables de traitement conjoints aux fins de pouvoir développer leurs activités et proposer aux Adhérents et Assurés de nouveaux produits et offres. Vous pouvez vous opposer à tout moment à ce traitement en exerçant vos droits, conformément au paragraphe « Exercice des droits » ci-dessous.
---	--

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

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

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

14.3 Information des Assurés par l'Adhérent

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

14.4 Destinataires et transferts des données à caractère personnel

Les données relatives aux Adhérents et aux Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe de sociétés auquel appartiennent SWISS LIFE ou HENNER dans le cadre de l'exercice de leurs missions, aux sous-

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

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

14.5 Durées de conservation des données

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

14.6 Exercice des droits

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

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

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

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

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

14.7 Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

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

- Pour l'Assureur (porteur de risque) SWISS LIFE, par courrier postal à l'adresse suivante :

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

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

HENNER, Data Protection Officer

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

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

ARTICLE 15 - L'autorité de contrôle

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

IV. LES GARANTIES

ARTICLE 1 - Cadre juridique

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

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

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

ARTICLE 1.1 - Règles de prise en charge

Le contrat doit :

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

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

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

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

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

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

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

Pour le dentaire

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

Pour l'optique

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

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

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

La médecine courante

- Les consultations et visites ;
- Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
- Les analyses et examens de laboratoires ;
- Les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie ;
- Les actes de spécialité : les actes techniques médicaux (ATM) ;

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais dans le cadre des obligations de couverture précisées ci-dessus.

ARTICLE 1.2 - Interdiction de prise en charge

Le contrat :

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

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

ARTICLE 2 - Ce que garantit le contrat

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

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

ARTICLE 2-1 - le remboursement des frais médicaux

L'hospitalisation

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

La pharmacie

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

La pharmacie non remboursée

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

Les prothèses et les appareillages

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

Les cures thermales

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

La prévention

Le contrat prend en charge dans le cadre d'un forfait annuel et sur prescription médicale des actes de dépistage, de prévention et de pharmacie non remboursés, dont la liste est précisée aux dispositions particulières. Le contenu peut évoluer, des actes peuvent être ajoutés ou enlevés, selon les évolutions législatives ou réglementaires et en fonction du progrès médical en matière de prévention.

Le versement des forfaits est effectué dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.

Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie. Servent de référence, la date des soins retenue par le Régime Obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire, et pour l'optique, la date de facturation de l'équipement. Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

ARTICLE 2.2 - La Garantie Assistance Juridique

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

ARTICLE 2.3 - L'Assistance Vie Quotidienne

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

ARTICLE 2.4 - Le renfort optionnel

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

ARTICLE 2.5 - La dispense d'avance de frais (Tiers Payant)

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

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

ARTICLE 3 - Modification des garanties

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 5 - Étendue territoriale des garanties

Le remboursement intervient pour les frais de soins et d'hospitalisations prescrits et engagés en France métropolitaine et dans les DROM. Les frais prescrits et engagés à l'étranger lors de séjours

inférieurs à 3 mois consécutifs sont également pris en charge. Toutefois, le versement des prestations est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire français. Le règlement des soins engagés à l'étranger sera effectué en France métropolitaine en euros. Les séjours à l'étranger supérieurs à 2 mois devront nous être signalés, nous pourrions faire une proposition de garantie.

V. LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIES

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

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

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

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

ARTICLE 2 - Les limitations de la garantie santé

- Le remboursement du lit d'accompagnement pour les enfants de moins de 16 ans est limité à 10 jours, quelle que soit la formule souscrite.

- La prise en charge de l'hospitalisation en secteur psychiatrique ou neuro psychiatrique est limitée à 100% de la base de remboursement du régime obligatoire, quelle que soit la formule souscrite.

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

VI. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 1 - Règlement des prestations

ARTICLE 1.1 - La procédure simplifiée

La télétransmission

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

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

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le préciser sur votre bulletin d'adhésion ou le notifier par écrit à Henner. Le règlement de notre participation s'effectuera alors selon la procédure classique.

Le tiers payant

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

L'utilisation de l'attestation de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite attestation. En cas d'utilisation frauduleuse de l'attestation de tiers payant, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés. L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement son attestation en cours de validité.

ARTICLE 1.2 - La procédure classique

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

La médecine courante

Les décomptes originaux des prestations du Régime Obligatoire.

L'hospitalisation

L'original du décompte des prestations du Régime Obligatoire.

Les originaux des factures de l'établissement hospitalier (ou copie des factures dans le cadre et limite de l'utilisation de l'application mobile Henner +), les notes d'honoraires des chirurgiens et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, lorsque les frais n'ont fait l'objet d'aucun remboursement par le Régime Obligatoire.

L'optique

L'original du décompte du Régime Obligatoire; la facture détaillée établie par l'opticien.

La facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées.

Le dentaire

L'original du décompte du Régime Obligatoire; la facture détaillée établie par le dentiste.

La chirurgie réfractive

La prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.

Les prothèses et les appareillages

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

Pharmacie non remboursée

La copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée.

La médecine naturelle non remboursée

Les notes d'honoraires et autres factures acquittées justifiant les dépenses réelles ; l'original de l'ordonnance établie par un médecin.

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

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

ARTICLE 1.3 - Paiement des prestations

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

ARTICLE 2 - Renseignements complémentaires

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

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

ARTICLE 3 - Contrôle et expertise

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

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

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

ARTICLE 4 - Délais à respecter

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

ARTICLE 5 - Sanctions

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

VII. ARTICLES DU CODES DES ASSURANCES ET DU CODE CIVIL

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

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

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

2. Toutefois, en ce qui concerne les contrats d'assurance vie, le délai précité est porté à trente jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir:

- a) soit à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à dis-

tance a été conclu ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

peuvent également être constatées et poursuivies dans les conditions prévues à l'article L. 121-20-17 du même code.

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

ARTICLE L. 112-3 du Code des Assurances

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

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

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

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

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

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

ARTICLE L. 112-9 du Code des Assurances

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

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

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

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

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

Le présent article n'est applicable ni aux contrats d'assurance sur la vie ou de capitalisation ni aux contrats d'assurance de voyage ou de

bagages ni aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois. Les infractions aux dispositions du présent article sont constatées et sanctionnées par l'autorité instituée à l'article L. 612-1 du Code monétaire et financier dans les conditions prévues au livre III du présent code.

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

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

ARTICLE L. 113-2 du Code des Assurances

L'assuré est obligé :

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

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

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

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

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

ARTICLE L. 113-3 du Code des Assurances

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

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

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

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

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

dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la résiliation du contrat.

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

ARTICLE L. 113-8 du Code des Assurances

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

ARTICLE L. 113-9 du Code des Assurances

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE L. 113-12 du Code des Assurances

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

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

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

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

En cas de survenance d'un des événements suivants :

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

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

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

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

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

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

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

ARTICLES L. 114-1, L. 114-2 ET L. 114-3 du Code des Assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

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

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

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

ARTICLE 2240 À 2246 du Code Civil – Causes ordinaires d'interruption de la prescription - Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

ARTICLE 2240 du Code Civil

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

Demande en justice

Article 2241 du Code Civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code Civil

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

Article 2243 du Code Civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code Civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code Civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code Civil

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

VIII. ASSISTANCE JURIDIQUE

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

ARTICLE 1 - Les définitions

Les bénéficiaires

:

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

Nous

CFDP Assurance.

Le Tiers

Toute personne étrangère au contrat.

Le Litige

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

Le Sinistre

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

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances.

ARTICLE 2 - Ce que vous apporte votre contrat

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

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

- un établissement de soins public ou privé,
- un professionnel de santé,
- l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux). Nous ne payons en aucun cas ni l'amende, ni le principal, ni toute autre somme que vous pouvez être condamné à payer.

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

ARTICLE 3 - Ce qui reste en dehors de votre contrat

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

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

ARTICLE 4 - Les bénéficiaires de votre contrat

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

ARTICLE 5 - La validité de votre contrat

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

Il se renouvelle d'année en année par tacite reconduction. Il prend effet le lendemain à midi du jour de paiement de la première prime. Il couvre les préjudices qui nous sont déclarés avant résiliation du

contrat et dont les éléments constitutifs sont inconnus de vous à la prise d'effet. L'élément constitutif s'entend par l'acte, le fait, l'évènement ou la situation qui est à l'origine du litige, et qui est susceptible de mettre en jeu la garantie.

ARTICLE 6 - La subrogation

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

ARTICLE 7 - La résiliation

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

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

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

ARTICLE 8 - Votre prime

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

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

ARTICLE 9 - Que faire en cas de besoin d'assistance juridique ?

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

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

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

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

ARTICLE 10 - La déclaration de sinistre

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

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

ARTICLE 11 - Nos interventions

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

ARTICLE 12 - Plafonds, franchise et seuil d'intervention en euros

ARTICLE 12.1 – Plafond maximum de prise en charge par sinistre

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

ARTICLE 12.2 - Plafond maximum de prise en charge par sinistre

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

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

ARTICLE 13 - La prescription

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

ARTICLE 14 - Les exclusions

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

- Ne relevant pas de votre vie privée ou plus généralement ne relevant pas de la garantie expressément décrite à l'article 2,
- Trouvant leur origine dans une guerre civile ou étrangère, une émeute, un mouvement populaire, une manifestation, une rixe, un attentat, un acte de vandalisme, de sabotage ou de terrorisme.
- En rapport avec une violation intentionnelle des obligations légales ou incontestables, une faute, un acte frauduleux ou dolosif que vous avez commis volontairement contre les biens et les personnes en pleine conscience de leurs conséquences dommageables et nuisibles.
- Garantis par une compagnie d'assurance dommages ou responsabilité civile (sauf opposition d'intérêts ou refus injustifié d'intervenir de celle-ci) et ceux relevant du défaut de souscription par vous d'une assurance obligatoire.
- Dont les manifestations initiales sont antérieures et connues de vous à la prise d'effet de votre adhésion au contrat.
- Survenant lorsque vous êtes en état d'ivresse publique et manifeste, lorsque votre taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu le sinistre, lorsque vous êtes sous l'influence de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ou lorsque vous refusez de vous soumettre à un dépistage.
- Individuels ou collectifs du travail ou relatifs à l'expression d'opinions politiques, religieuses, philosophiques ou syndicales.
- Relatifs à la gestion ou à l'administration d'une société civile ou commerciale, d'une association ou d'une copropriété, ainsi que ceux liés à un mandat électif.
- Vous opposant aux services publics, aux organismes bancaires, de crédit ou d'assurances.
- De nature douanière.
- Relatifs aux actions engagées contre vos débiteurs s'ils font l'objet d'une procédure relevant de la loi du 26 juillet 2005 sur la sauvegarde des entreprises,
- Relevant du droit des personnes (livre 1er du Code Civil), des successions, des libéralités ou donations, des régimes matrimoniaux ou des contrats de mariage.
- Les recouvrements de vos créances.

ARTICLE 14.2 - L'assureur ne prend jamais en charge

- Les frais engagés sans l'accord préalable de l'assureur, sauf urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire,
- Toute somme de toute nature due à titre principal, les amendes, les cautions, les consignations pénales, les

- astreintes, les intérêts et pénalités de retard,
- Les frais de rédaction d'actes et de contrats,
- Les frais destinés à prouver la réalité de votre préjudice,
- Les frais d'identification ou de recherche de votre adversaire,
- Les dépenses et frais de justice exposés par la partie adverse que vous devez supporter par décision judiciaire, ou ceux que vous avez acceptés de prendre en charge dans le cadre d'un protocole d'accord,
- Les sommes au paiement desquelles vous êtes condamnés au titre des articles 700 du code de procédure civile, 375 et 475-1 du code de procédure pénale, l761-1 du code de justice administrative, ainsi que de leurs équivalents devant les juridictions étrangères.
- Les sommes dont vous êtes légalement redevable au titre de droits proportionnels,
- Les honoraires de résultat de tout auxiliaire de justice.

ARTICLE 15 - L'arbitrage (Article L127-4 du Code des Assurances)

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

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

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

ARTICLE 16 - Protection des données à caractère personnel

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

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

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

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, en demander la portabilité ou leur suppression. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données, en demander la limitation ou retirer votre consentement à tout moment. Enfin, vous avez également le droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer ces droits ou pour toute question relative au traitement de vos données, vous pouvez

contacter notre service DPO par courrier à Henner, Délégué à la Protection des Données, Conformité/Relation Assureurs, 14 Boulevard du Général Leclerc 92 200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse email suivante : dpo@henner.com

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

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

IX. L'OPTION CAPITAL ACCIDENT

ARTICLE 1 - Lexique

ARTICLE 1.1 - Accident

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

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

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

ARTICLE 1.2 - Accident de la circulation

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

ARTICLE 1.3 - Assuré(s)

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

Il s'agit dans le cas de la formule :

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

ARTICLE 1.4 - Bénéficiaire des garanties en cas de décès

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

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

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

ARTICLE 1.5 - Date de consolidation

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

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

Un assuré est considéré atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est dans l'impossibilité présente et future de se livrer à une occupation quelconque lui procurant gain ou profit et dans l'obligation absolue et présumée définitive d'avoir recours à l'assistance d'une tierce

personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

ARTICLE 1.7 - Sinistre

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

ARTICLE 2 - L'objet du contrat

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

Une seule adhésion par personne assurée est admise.

ARTICLE 3 - Conditions d'adhésion au contrat

Pour adhérer au contrat vous devez :

- Résider en France,
- Être âgé à l'adhésion de 18 ans à 70 ans.

ARTICLE 3.1 - Conclusion de l'adhésion au contrat

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

ARTICLE 3.2 - Date d'effet

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

ARTICLE 4 - Durée et cessation des garanties

ARTICLE 4.1 - Durée des garanties

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

ARTICLE 4.2 - Cessation des garanties

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

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

ARTICLE 4.3 - Les personnes assurées

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

ARTICLE 5 - Le droit de renoncement

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

ARTICLE 6 - La résiliation de l'adhésion

ARTICLE 6.1 - Par l'Adhérent

L'adhésion peut être résiliée :

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

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

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

La perte de la qualité d'Adhérent ne saurait re-mettre en cause

les possibilités de résiliation par l'Adhérent définies ci-dessus.

ARTICLE 6.2 - Par l'assureur

L'adhésion est résiliée en cas de :

- Non-paiement des cotisations ;
- Réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues ;
- En cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire de l'Adhérent (article L. 622-13 du Code de Commerce).

ARTICLE 6.3 - De plein droit

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

ARTICLE 6.4 - Forme de la résiliation

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

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

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

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

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

ARTICLE 7 - Les cotisations

ARTICLE 7.1 - Montant des cotisations

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

ARTICLE 7.2 - Révision du tarif

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

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

ARTICLE 7.3 - Paiement des cotisations

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

ARTICLE 7.4 - Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L. 113-3 du Code des Assurances, l'assureur peut actionner une procédure de résiliation visée à l'article « 3.6 La résiliation » en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

ARTICLE 8 - Vos garanties

ARTICLE 8.1 - Les garanties assurées

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

ARTICLE 8.2 - Le contenu de vos garanties

Décès accidentel ou accident de la circulation

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

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

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

ARTICLE 8.3 - La clause Bénéficiaire

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

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

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

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

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

Acceptation du Bénéficiaire

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

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

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

Conséquences de l'acceptation par le Bénéficiaire

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

ARTICLE 9 - Les documents à fournir

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

ARTICLE 9.1 - Décès accidentel ou accident de la circulation

Le certificat d'adhésion ; un certificat médical indiquant la date, les circonstances et la cause exacte du décès ; un acte de décès ; une copie du procès-verbal de gendarmerie ou de police; toute preuve de l'accident, de sa cause et de sa date (articles de journaux, témoins, etc, ...). L'assureur se réserve le droit de demander tout renseignement complémentaire nécessaire à la vérification du décès et de sa cause exacte.

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

Un certificat médical détaillé indiquant notamment la date de l'accident ayant entraîné l'invalidité, les lésions constatées, la nature de l'invalidité, les traitements médicaux en cours. Ce certificat médical devra également attester du caractère définitif de l'invalidité, ainsi que de la nécessité d'avoir recours de manière permanente à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante; une copie du procès-verbal de gendarmerie ou de police; toute preuve de l'accident, de sa cause et

de sa date (articles de journaux...); si l'assuré est assuré social, une copie de la mise en Invalidité 3ème catégorie par la Sécurité sociale ou par son Régime d'Assurance Obligatoire.

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

ARTICLE 9.3 - L'expertise médicale

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

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

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

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

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

ARTICLE 10 - Le paiement des prestations garanties

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

ARTICLE 10.1 - Capital décès par accident ou accident de la circulation Lorsque l'ensemble des pièces demandées est parvenu, et sous réserve, qu'après étude par le gestionnaire du dossier, la garantie soit acquise, le montant du capital prévu et détaillé au certificat d'adhésion est payé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s).

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

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

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

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

ARTICLE 10.3 - L'étendue territoriale

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

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

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

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

ARTICLE 11 - Les exclusions de garanties

Ne donnent pas lieu à indemnisation par l'assureur, le décès ou la PTIA de l'assuré résultant directement ou indirectement :

- d'une maladie,
- d'un accident relevant du fait intentionnel de l'assuré ou du Bénéficiaire,
- du suicide ou d'une tentative de suicide de la part de l'assuré, ou encore d'un état de démence,
- d'accidents occasionnés ou étant la conséquence directe ou indirecte d'un acte de terrorisme ou d'un attentat, y compris toutes mesures militaires ou non, prises pour intercepter, prévenir ou atténuer un acte de terrorisme ou un attentat connu ou suspecté,
- d'un accident survenant lorsque l'assuré conduit un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en

état de validité exigé par la réglementation en vigueur,

- d'un état alcoolique de l'assuré caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile française au moment du sinistre,
- de l'usage de stupéfiants ou substances analogues, médicaments ou traitements à des doses non prescrites médicalement,
- de la participation active de l'assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger), à des crimes ou délits
- de toute nature, d'une guerre étrangère ou civile,
- d'un accident de la navigation aérienne survenant alors que l'assuré se trouvait à bord d'un appareil en une qualité autre que celle de simple passager de ligne régulière ou « charter » dûment agréée pour le transport payant de voyageur, ou encore dont le pilote ne dispose pas des qualifications nécessaires,
- d'accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, raids, vols sur prototype, courses, acrobaties, tentatives de records, ou vols d'essais,
- de la pratique ou de l'enseignement par l'assuré d'un sport à titre professionnel ou de la participation de l'assuré à une course amateur nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur terrestre, aérien ou aquatique,
- de l'explosion ou de la fission du noyau de l'atome ou de radiations ionisantes,
- de la pratique de sports ou 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.

ARTICLE 12 - Les plafonds d'indemnisation

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

VOTRE CONTACT



***Here to care : Répondre présent à chaque moment**

Henner, SAS de gestion et de courtage d'assurances - Capital de 8 212.500 € - RCS Nanterre 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739 - Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (www.orias.fr) - Relevant du contrôle de l'ACPR (4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, www.acpr.banque-france.fr) - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - www.henner.com - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur www.henner.com

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



Henner Privilèges Santé



ASSISTANCE

01 70 95 37 42

N° de contrat EHD-EHP – Assistance standard, aide aux aidants, santé mentale, téléconsultation et second avis médical



SOMMAIRE

DEFINITIONS	3
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
GARANTIES ASSISTANCE A DOMICILE	6
1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE A DOMICILE	6
2. GARANTIES DES LA SOUSCRIPTION	6
3. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU PROGRAMMEE ET EN CAS D'IMMOBILISATION IMPREVUE	7
4. GARANTIES FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU PROGRAMMEE ET/OU D'IMMOBILISATION IMPREVUE	8
5. GARANTIES EN CAS D'EVENEMENT TRAUMATISANT	9
6. GARANTIES EN CAS DE DECES	9
7. GARANTIES EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE COMPRENANT UNE NUIT	9
GARANTIES D'ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS	10
8. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS	10
9. PACK CONSEILS ET ACCOMPAGNEMENT	10
10. PACK INDISPONIBILITE DE L'AIDANT	11
11. PACK REPIT	12
12. PACK LIEU DE VIE	13
GARANTIES D'ASSISTANCE SANTE MENTALE	14
13. GARANTIES PACK SANTE MENTALE	14
GARANTIES ACCESSIBLES A PARTIR DU SITE INTERNET IMA SANTE	14
14. SITE INTERNET IMA SANTE	14
15. LA TELECONSULTATION	14
16. PRISE DE RENDEZ-VOUS MEDICAUX	15
17. LE SERVICE DE DEUXIEME AVIS MEDICAL	15
LIMITATIONS ET EXCLUSIONS	15
18. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES	15
VIE DU CONTRAT	16
19. VIE DU CONTRAT	16

PRÉAMBULE

La **notice d'information** d'assistance valant conditions générales présentée ci-après décrit les **garanties « Assistance Santé »** du **contrat d'assurance** souscrit par HENNER auprès de IMA ASSURANCES, auquel ses clients (entreprises ou individuels) peuvent adhérer.

Les **garanties d'assistance** sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 157 000 000 euros, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

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

Pour toute demande d'assistance, contactez IMA Assurances

N° de téléphone

01 70 95 37 42

ou **+33 1 70 95 37 42 depuis l'étranger**

Munissez-vous de votre numéro d'adhérent Henner

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

ADHERENT

Personne physique ou entreprise ayant adhéré aux garanties « Assistance santé » auprès de HENNER.

ADHESION

Signature d'un bulletin d'adhésion par la personne physique ou l'entreprise, en vue d'obtenir le statut d'adhérent.

AFFILIE

Salarié d'une entreprise adhérente aux garanties « Assistance santé » auprès de HENNER.

AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Modification de l'état de dépendance d'une personne attestée par le changement de catégorie de l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH), ou l'évolution des droits pour la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), ou le changement de classement GIR de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

AIDANT

L'adhérent personne physique ou l'affilié qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche et qui n'est pas salarié pour cette aide.

AIDÉ

Le proche dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

ANIMAUX DOMESTIQUES

Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), Chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

ASCENDANT

Parents de l'adhérent/affilié ou de son conjoint au premier degré.

BENEFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Pour l'assistance à domicile

L'adhérent personne physique ou l'affilié, ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs.

Pour l'assistance Aide aux aidants

L'adhérent personne physique ou l'affilié, et l'aidé, si l'adhérent/affilié est en situation d'aidant.

BESOIN DE REPIT

Besoin de repos, consécutif à un épuisement physique ou moral de l'aidant, qui doit permettre à celui-ci de reprendre des forces afin de continuer d'assumer son rôle d'aidant.

CENTRE DE CONVALESCENCE

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, n'incluant pas de nuit d'hospitalisation.

CONJOINT

Epoux/épouse, concubin(e) (personne vivant maritalement avec une autre personne à son domicile, sans être marié ou pacsé) ou partenaire dans le cadre d'un PACS (Pacte Civil de Solidarité).

DOMICILE

Pour l'assistance à domicile

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent/affilié en France.

Pour l'assistance à l'adhérent/affilié aidant

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'aidant ou de l'aidé en France.

Ne sont pas assimilés au domicile les établissements, médicalisés ou non, ayant pour vocation d'accueillir des personnes en perte d'autonomie.

ENFANT

Enfants de l'adhérent/affilié, à charge fiscalement, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs et âgés de moins de 16 ans, ou enfant handicapé sans limite d'âge.

FRANCE

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPREVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

HOSPITALISATION PROGRAMMEE

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

IMMOBILISATION

L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

IMMOBILISATION IMPREVUE

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

INTERVENTION CHIRURGICALE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'hospitalisation.

MALADIE

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :

Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée :

Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

MEMBRE DE LA FAMILLE

Ascendant direct, conjoint de droit ou de fait, descendant direct ou toute personne vivant au domicile de l'adhérent personne physique ou l'affilié.

PERTE D'AUTONOMIE

Etat d'une personne qui relève des droits : à l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6, ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

PREMIERS SIGNES DE PERTE D'AUTONOMIE

Les premiers signes de la perte d'autonomie sont attestés par :

- Des troubles de l'équilibre,
- Une perte des repères spatiaux et/ou temporels,
- Une baisse notable de l'activité physique,
- Une tendance à l'isolement social,
- Une négligence alimentaire.

PROCHE

Membre de la famille ou toute personne choisie par l'adhérent/affilié.

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

01 70 95 37 42
OU
+33 1 70 95 37 42 depuis l'étranger

Territorialité

Les **garanties d'assistance** s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour **certaines garanties**, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- Si le domicile de l'adhérent/affilié est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine.
- Si le domicile de l'adhérent/affilié est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'adhérent/affilié.

Les garanties décès s'appliquent pour tout décès survenu tant en France qu'à l'étranger.

Les **garanties d'assistance Aide aux aidants** s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Le transport de l'aidé ou de proches, prévu pour **certaines garanties**, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- si le domicile ou l'hébergement temporaire de l'aidé est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine.
- si le domicile ou l'hébergement temporaire de l'aidé est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'aidé.

La **garantie d'assistance Téléconsultation** s'applique en France Métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Pièces justificatives

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des autres garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...) ainsi que l'envoi d'une attestation de l'employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

La mise en œuvre des garanties Aide aux aidants est soumise à la transmission :

- d'un justificatif de perte d'autonomie de l'aidé,
- d'un nouveau justificatif de perte d'autonomie de l'aidé en cas d'aggravation de la situation.
- d'un certificat médical en cas de besoin de répit de l'aidant,
- d'un bulletin d'hospitalisation ou d'un certificat médical en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'aidant.

1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE A DOMICILE

1.1 FAITS GENERATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
 - d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
 - de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours,
 - de décès,
 - d'événement traumatisant,
- dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2 INTERVENTION

1.2.1 Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 3.2 à 3.5, 4.1 à 4.7, 6.1 à 6.3, 7.1 doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent :

- Une immobilisation au domicile,
- **La sortie d'une hospitalisation,**
- Un décès.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide à domicile prévue à l'article 3.1 le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'immobilisation au domicile, la sortie d'une hospitalisation ou le décès. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement.

Illustration : en cas d'appel le 8^{ème} jour, la garantie est alors plafonnée à 2 jours.

1.2.2 Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle. IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative

raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA ASSURANCES en outre-mer, elles sont prises en charge par IMA ASSURANCES dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine. Cette prise en charge est conditionnée à l'accord préalable d'IMA ASSURANCES et la présentation par le bénéficiaire de justificatifs.

Les garanties en cas de décès s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de décès et constatées lors de l'événement.

IMA ASSURANCES ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

2. GARANTIES DES LA SOUSCRIPTION

2.1 CONSEIL SOCIAL

IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un Travailleur Social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

2.2 INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA ASSURANCES met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, perte d'autonomie, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, ...

2.3 INFORMATIONS MEDICALES

Un professionnel de santé communique par téléphone, dans un délai de 3 jours, des informations médicales en matière de santé et prévention sur les thèmes suivants :

- hygiène de vie, troubles du sommeil, gestion du stress, vaccins et examens, addictions (tabac, alcool, toxiques)...
- pré-hospitalisation, post-hospitalisation, conseil dépistage cancer, grossesse (examen, médicaments proscrits, nourrisson, alimentation, sommeil)...
- Informations handicap et dépendance

Les informations fournies de nature documentaire ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription. De plus en cas d'urgence médicale le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence.

2.4 TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

IMA ASSURANCES se charge, en cas de difficulté grave et imprévue, de mettre en œuvre les moyens qu'elle juge appropriés pour transmettre les messages destinés à l'adhérent/affilié lorsqu'il ne peut être joint directement. De même, IMA ASSURANCES peut communiquer un message de l'adhérent/affilié à sa famille.

2.5 COACHING FORME

IMA ASSURANCES prend en charge, sur présentation d'un justificatif de paiement et dans la limite de 400€ TTC, des séances pour améliorer

sa condition physique et maintenir son capital santé par l'activité physique dans une salle de sport ou une association sportive, en visio ou à domicile.

2.6 RECHERCHE MEDECIN, INFIRMIERE, INTERVENANT PARAMEDICAL

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'un médecin.

De la même façon, IMA ASSURANCES, peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'un infirmier ou d'un intervenant paramédical.

Ne constitue pas une consultation médicale, les frais de consultation et d'éventuels soins restent à charge de l'adhérent/affilié.

3. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU PROGRAMMEE ET EN CAS D'IMMOBILISATION IMPREVUE

3.1 AIDE À DOMICILE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

3.2 PRESENCE D'UN PROCHE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge en France le déplacement aller - retour d'un proche par train 1ère classe ou avion classe économique.

IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 euros par nuit.

3.3 SERVICES DE PROXIMITE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 10 jours :

◆ Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent/affilié, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à une livraison par événement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent/affilié.

◆ Portage de repas

1 forfait livraison sur 10 jours qui comprend un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent/affilié, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage*.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent/affilié.

* sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.

◆ Livraison de courses

1 livraison d'une commande par semaine sur 10 jours lorsque ni l'adhérent/affilié ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses. Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent/affilié.

3.4 FRAIS DE TELEVISION

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES prend en charge les frais de location d'un téléviseur dans la limite de 10 jours.

3.5 PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES prend en charge sur présentation d'un justificatif de paiement, l'une des garanties suivantes :

- La visite de l'animal au domicile de l'adhérent/affilié par un « pet sitter », ou
- La garde de l'animal par un « pet sitter » au domicile de l'adhérent/affilié, ou
- La garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de 15€ par jour, jusqu'à 150€ TTC maximum, et valable pour une garantie exécutée sur des jours consécutifs.

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES prend en charge sur présentation d'un justificatif la garantie suivante :

- La promenade du chien de l'adhérent/affilié par un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller - retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de 15€ par jour, jusqu'à 150€ TTC maximum, et valable pour une garantie exécutée sur

des jours consécutifs.

3.6 TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, sur une période de 10 jours, un transport non médicalisé aller - retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km vers son médecin, l'hôpital ou un cabinet médical.

4. GARANTIES FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU PROGRAMMEE ET/OU D'IMMOBILISATION IMPREVUE

4.1 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET PETITES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'AGE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent/affilié ou de son conjoint
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

◆ Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

◆ Le transfert des enfants

Le déplacement aller - retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

◆ La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

4.2 PRISE EN CHARGE DES FRERES ET SŒURS (enfant accidenté ou malade)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours d'un enfant,

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours d'un enfant.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants par :

- Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile
- ou s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

4.3 CONDUITE A L'ECOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent/affilié ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 2 semaines.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

4.4 CONDUITE A L'ECOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES FRERES ET SŒURS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue de plus de 14 jours d'un enfant.

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 2 semaines.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

4.5 PRESENCE AUPRES DE L'ENFANT HOSPITALISE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours d'un enfant à plus de 30km du domicile,

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours d'un enfant.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'hébergement des parents de l'enfant hospitalisé pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 euros par nuit.

4.6 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent/affilié ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent/affilié ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

◆ Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, pour garder les ascendants au domicile ou au chevet.

◆ Le transfert des ascendants chez un proche

Le déplacement aller - retour des ascendants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

◆ La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

5. GARANTIES EN CAS D'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT

5.1 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires.

IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

- Pour les bénéficiaires majeurs : jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et/ou jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.
- Pour les bénéficiaires mineurs : jusqu'à 5 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est accessible 24h sur 24.

6. GARANTIES EN CAS DE DECES

En cas de décès de l'adhérent/affilié, de son conjoint ou d'un enfant :

6.1 AIDE A LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNERAIRE

IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour aider les proches à organiser les obsèques.

6.2 ACCOMPAGNEMENT SUITE DECES

Afin d'aider les proches dans les différentes étapes du deuil, d'identifier avec eux les démarches à accomplir, de planifier et de prioriser les actions à mettre en œuvre, les travailleurs sociaux d'IMA ASSURANCES apportent leur expertise, par téléphone du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Cette garantie est accordée dans la limite de 3 entretiens téléphoniques sur 90 jours, accompagné d'un appel de suivi dans les 3 mois suivant le premier appel et d'une fiche de synthèse adressée au bénéficiaire.

6.3 AVANCE DE FONDS DES FRAIS D'OBSEQUES

IMA ASSURANCES peut, contre reconnaissance de dette, faire l'avance des frais afférents aux obsèques dans la limite de 2000€. La somme avancée sera remboursable dans un délai de 30 jours.

7. GARANTIES EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE COMPRENANT UNE NUIT

7.1 AIDE À DOMICILE

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire de l'adhérent/affilié ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

7.2 PRESENCE D'UN PROCHE

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire de l'adhérent/affilié ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours

IMA ASSURANCES organise et prend en charge en France le déplacement aller - retour d'un proche par train 1ère classe ou avion classe économique.

IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 euros par nuit.

7.3 SERVICES DE PROXIMITE

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire de l'adhérent/affilié ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 10 jours :

◆ Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent/affilié, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à une livraison par événement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent/affilié.

◆ Portage de repas

1 forfait livraison sur 10 jours qui comprend un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent/affilié, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage*.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent/affilié.

* sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.

◆ Livraison de courses

1 livraison d'une commande par semaine sur 10 jours lorsque ni l'adhérent/affilié ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses. Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent/affilié.

7.4 TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire de l'adhérent/affilié ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, sur une période de 10 jours, un transport non médicalisé aller - retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km vers son médecin, l'hôpital ou un cabinet médical.

7.5 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET PETITS ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'AGE)

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire de l'adhérent/affilié ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

◆ Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

◆ Le transfert des enfants

Le déplacement aller - retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des

enfants par l'un de ses prestataires.

◆ La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

7.6 PRISE EN CHARGE DES FRERES ET SŒURS (enfant accidenté ou malade)

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire d'un enfant entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

◆ Le **déplacement d'un proche**

Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

◆ La garde des enfants

La garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne peut excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

7.7 CONDUITE A L'ECOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire de l'adhérent/affilié ou de son conjoint entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 2 semaines.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

7.8 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire de l'adhérent/affilié, de son conjoint entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

GARANTIES D'ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS

8. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS

8.1 FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance Aide aux aidants s'appliquent :

- lorsque l'adhérent personne physique ou l'affilié devient aidant ou aidé
 - en cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé
 - en cas d'accident corporel ou de maladie de l'aidant entraînant une hospitalisation programmée,
 - en cas d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible de l'aidant entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
 - en cas de besoin de répit,
- dans les conditions spécifiées à chaque article.

8.2 INTERVENTION

8.2.1 Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 10.2, 10.3, 10.4 et 10.5 doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'immobilisation ou la sortie d'hospitalisation. Passé ce délai, aucune garantie n'est accordée.

Pour les garanties Auxiliaire de vie ou Aide à domicile prévues à l'article 10.1, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'évènement. Passé ce délai, un décompte est effectué sur le plafond accordé et la garantie est mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

Illustration : en cas d'appel le 8ème jour, la garantie est alors plafonnée à 22 jours.

8.2.2 Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées peut donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle. IMA ASSURANCES ne participe pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES apprécie leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA ASSURANCES en outre-mer, elles sont prises en charge par IMA ASSURANCES dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine. Cette prise en charge est conditionnée à l'accord préalable d'IMA ASSURANCES et la présentation par le bénéficiaire de justificatifs.

En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

9. PACK CONSEILS ET ACCOMPAGNEMENT

9.1 INFORMATIONS MEDICALES

Un professionnel de santé communique par téléphone ou via une solution digitale, dans un délai de 3 jours, des informations médicales en matière de santé et prévention sur les thèmes suivants :

- hygiène de vie, troubles du sommeil, gestion du stress, vaccins et examens, addictions (tabac, alcool, toxiques)...
- pré-hospitalisation, post-hospitalisation, conseil dépistage cancer...

Les informations fournies de nature documentaire ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription. De plus en cas d'urgence médicale le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence.

9.2 BILAN MOBILITE AIDANT AIDÉ

Dès les premiers signes de la perte d'autonomie

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un accompagnement personnalisé pour la pratique d'une activité physique adaptée pour le binôme aidant/aidé une fois sur une période de 12 mois.

Cette garantie, effectuée par un éducateur en activité physique

adaptée (formé à la réalisation d'entretiens motivationnels), comprend :

- Un entretien initial pour faire le bilan des conditions physiques, des recommandations d'exercices adaptés et sensibiliser à la sédentarité,
- 3 séances à distance en visio-conférence (voire à domicile selon les besoins),
- Un bilan après 2 mois pour évaluer et réajuster si besoin les recommandations.

9.3 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événement ressenti comme traumatisant par l'un des bénéficiaires.

IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

- Pour les bénéficiaires majeurs : jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et/ou jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.
- Pour les bénéficiaires mineurs : jusqu'à 5 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est mise en œuvre 24h sur 24.

9.4 FORMATION DE L'AIDANT AU DOMICILE

En cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile (2 interventions de 2h) afin de faciliter le quotidien de l'aidant grâce à :

- L'étude de l'organisation du quotidien,
- L'aide à l'acquisition des gestes et postures dans la vie quotidienne et la manutention de personnes (lever, toilette, habillage...),
- L'apprentissage de matériels spécifiques, appareillages, aides techniques,
- L'acquisition des savoir-être et savoir-faire nécessaires pour accompagner et vivre avec des personnes présentant des troubles cognitifs aider à gérer la fatigabilité, éviter l'apparition des « troubles du comportement », communiquer plus efficacement...).
- Des conseils pour favoriser la pérennité d'une relation d'aide harmonieuse.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.

9.5 BILAN PERSONNALISE

Dès les premiers signes de la perte d'autonomie

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan personnalisé réalisé par un travailleur social. Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'aidé en prenant en compte sa ou ses problématiques.

- Réalisation d'un diagnostic pour identifier les besoins et repérer les points de vigilance,
- Aide à la réflexion et à la décision,
- Envoi d'une note de synthèse,
- Si nécessaire, un suivi téléphonique sur 6 mois peut être proposé pour la coordination et la mise en œuvre du plan d'actions.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement. Cette garantie est limitée à 2 bilans sur 12 mois.

9.6 PLAN D'ACCOMPAGNEMENT

En cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un plan d'accompagnement téléphonique sur une durée maximale de 12

mois, réalisé par un travailleur social qui a pour rôle :

- D'évaluer la situation des bénéficiaires,
- De les accompagner dans leurs différentes problématiques, démarches et dans la formulation de leurs projets,
- De les soutenir et de les écouter,
- D'activer, si le besoin est identifié, une enveloppe de services telle que décrite au 9.7 et de les orienter dans le choix des services les plus appropriés, leur articulation et leur planification dans le temps,
- De coordonner, de suivre les différentes actions engagées et d'adapter dans le temps les solutions en fonction de l'évolution des besoins,
- D'aider à l'entrée en établissement si besoin (aide à la décision relative au placement en établissement, recueil des attentes du placement, informations sur les typologies d'établissements et leur localisation, informations sur les financements possibles).

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

9.7 ENVELOPPES DE SERVICES

En cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé

IMA ASSURANCES met à disposition du bénéficiaire une enveloppe de services de 20 unités de consommation sur une période de 12 mois.

Toutefois à titre conservatoire, pendant la constitution du dossier auprès des organismes, IMA ASSURANCES met à disposition du bénéficiaire une enveloppe de services de 10 unités de consommation sur une période de 6 mois.

Le bénéfice des enveloppes de service ne peut excéder 20 unités sur 12 mois.

L'utilisation des unités ne pourra être modifiée dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

ENVELOPPE DE SERVICES EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Le décompte en unités correspond aux garanties suivantes :

ENVELOPPE DE SERVICES	UNITE DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Aide à domicile	1 heure	1 unité
Auxiliaire de vie	1 heure	2 unités
Petit jardinage	1 heure	2 unités
Livraison de courses	1 livraison	2 unités
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transfert de l'aidé chez un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	20 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	2 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Portage d'espèces	1 portage	3 unités

* Déplacement par train 1^{ère} classe ou avion classe économique. Hébergement dans la limite de 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

La valeur unitaire des garanties de l'enveloppe de services est susceptible d'être modifiée en cas de revalorisation tarifaire des garanties.

En cas de modification, l'enveloppe actualisée vous est transmise.

10. PACK INDISPONIBILITE DE L'AIDANT

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible de l'aidant entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours,
 - OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours.
- En cas d'accident ou de maladie de l'aidant entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours, IMA ASSURANCES organise et prend en charge sur une durée maximale de 30 jours :

10.1 AUXILIAIRE DE VIE OU AIDE À DOMICILE

- La venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé, la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité, à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation, aux fonctions d'élimination...) et l'accompagnement au bras.
 - ou
 - La venue d'une aide à domicile qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.
- Les deux garanties ne sont pas cumulables.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne peut excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 30 jours. Ces garanties sont mises en œuvre du lundi au vendredi, hors jours fériés.

10.2 PRESENCE D'UN PROCHE OU TRANSFERT DE L'AIDE

- Le déplacement aller-retour d'un proche par train 1^{ère} classe ou avion classe économique.
 - ou
 - Le transport non médicalisé de l'aidé chez un proche en France.
- Les deux garanties ne sont pas cumulatives et sont prises en charge dans la limite de 200 € aller / retour.

10.3 SERVICES DE PROXIMITE

- ◆ Livraison de médicaments
La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'aidant, ni les proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à une livraison sur 30 jours. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.
- ◆ Portage de repas
La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'aidant, ni les proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas* pour l'aidé ou de les faire préparer par l'entourage. La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il est proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons. Le prix des repas demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.
* sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.

- ◆ Livraison de courses
La livraison d'une commande par semaine sur 30 jours lorsque ni l'aidant, ni les proches ne sont en mesure de faire les courses. Les frais de livraison sont remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

10.4 TELEASSISTANCE

La mise en place d'un service de téléassistance au domicile du bénéficiaire, comprenant les frais d'accès et la maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, pour une durée maximale de 90 jours. Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité et visites de convivialités,
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et appel des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'aidant ou l'aidé peut demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'aidant ou l'aidé.

Cette garantie doit être exécutée dans le mois suivant l'événement.

10.5 HEBERGEMENT TEMPORAIRE

Le coût d'un hébergement temporaire (foyer d'hébergement, maison d'accueil spécialisée (MAS) ou établissement pour personnes âgées), dans la limite d'un forfait de 200€ TTC de prise en charge sur justificatif.

11. PACK REPIT

11.1 ENVELOPPE DE SERVICES

En cas de besoin de répit de l'aidant, dûment justifié par un certificat médical et moyennant un délai de prévenance de 7 jours, IMA ASSURANCES met à disposition du bénéficiaire une enveloppe de services de 20 unités de consommation sur une période de 12 mois.

Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

L'utilisation des unités ne pourra être modifiée dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

ENVELOPPE DE SERVICES EN CAS DE BESOIN DE REPIT JUSTIFIE PAR UN CERTIFICAT MEDICAL

Le décompte en unités correspond aux garanties suivantes :

ENVELOPPE DE SERVICES	UNITE DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Aide à domicile	1 heure	1 unité
Auxiliaire de vie	1 heure	2 unités
Petit jardinage	1 heure	2 unités
Livraison de courses	1 livraison	2 unités
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transfert de l'aidé chez un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	20 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	2 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Portage d'espèces	1 portage	3 unités
Garde de l'aidé (garde de nuit à domicile, accueil de jour ou plus en hébergement temporaire)	1 forfait de 200€ TTC pris en charge (remboursement sur justificatif)	8 unités
Garde de nuit par un étudiant en santé	1 nuitée de 20h à 8h (remboursement sur justificatif à hauteur de 50%)	2 unités

Conduite à l'école	1 trajet aller et/ou retour par jour	2 unités
Garde d'enfants	1 heure	2 unités
	1 déplacement A/R d'un proche pour venir s'occuper de l'enfant	9 unités
Garde d'ascendants	1 heure	2 unités
Prise en charge des animaux domestiques	1 jour (remboursement sur justificatif à hauteur de 15/jour)	1 unité

* Déplacement par train 1^{ère} classe ou avion classe économique. Hébergement dans la limite de 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

La valeur unitaire des garanties de l'enveloppe de services est susceptible d'être modifiée en cas de revalorisation tarifaire des garanties.

En cas de modification, l'enveloppe actualisée vous est transmise.

12. PACK LIEU DE VIE

12.1 BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHERAPEUTE AU TELEPHONE

Dès les premiers signes de la perte d'autonomie

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan téléphonique avec un ergothérapeute.

Cette garantie prend en compte l'évaluation à distance de la situation de la personne dans son lieu de vie. Elle répond aux besoins des personnes pour lesquelles une intervention rapide est souhaitée pour une problématique très ciblée (entrer et sortir de la baignoire, utiliser son véhicule...), ne nécessitant pas une intervention sur site. Elle comprend :

- Le recueil des éléments de contexte sur la situation de la personne : personne en situation de fragilité, **sortie d'hospitalisation, de SRR (soins de suite et de réadaptation), immobilisation temporaire, handicap ou dépendance, situation d'aidant...**
- Le recueil des données relatives aux capacités du bénéficiaire, aux habitudes de vie, à l'environnement matériel, architectural et humain, à l'organisation en place.

Cette évaluation est complétée par des conseils et si besoin des préconisations sur les aides techniques, les possibilités d'aménagement, les orientations vers le réseau local (associations locales...)

À la fin de ce bilan, une note faisant état des solutions et préconisations évoquées au téléphone est adressée au bénéficiaire et/ou ses proches : documentations, illustrations, information sur les coûts... **pour permettre la mise en œuvre effective.** Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance des personnes aidées et à faciliter la relation d'aide des personnes aidantes dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.

Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant **l'événement.**

12.2 BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHERAPEUTE AU DOMICILE

En cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aidant ou de l'aidé si l'aidé vit chez l'aidant.

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie : évaluation des capacités de la personne, de ses habitudes de vie, de l'organisation en place, de son environnement (équipements, cadre bâti, environnement humain...). Cette évaluation est complétée par l'envoi d'un rapport consignait et **illustrant les solutions proposées pour en permettre la mise en œuvre** (nouvelle organisation, équipements, croquis des aménagements

éventuels, informations sur les coûts, documentation et adresses de proximité).

Cette prestation répond à la problématique de l'aidé et à celle de l'aidant non professionnel à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance de la personne aidée et à faciliter la relation d'aide de la personne aidante dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant **l'événement.**

12.3 SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE (hors outre-mer)

En cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagement du domicile, IMA ASSURANCES se met en relation avec une structure du groupe IMA qui sert d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de **l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs** visée aux articles 1792 et suivants du code civil.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour **l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement** à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge de **l'aidant ou de l'aidé qui doit transmettre au groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux** ainsi que la facture acquittée.

Cette garantie est limitée à 1 dossier par événement et doit être **exécutée dans les 24 mois suivant l'événement.**

12.4 TELEASSISTANCE

En cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé

IMA ASSURANCES organise et prend charge la mise en place d'un service de téléassistance au domicile du bénéficiaire, comprenant les frais d'accès et la maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, pour une durée maximale de 90 jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité et visites de convivialité,
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et appel des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'aidant ou l'aidé peut demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'aidant ou l'aidé.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant **l'événement.**

12.5 VISITES D'ETABLISSEMENTS

En cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé

Afin d'accompagner l'aidé ou ses proches à visiter des établissements sélectionnés par eux ou repérés lors d'un entretien téléphonique avec un travailleur social, IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à 4 transports aller-retour en taxi ou VSL dans un rayon de 100 km du domicile et dans la limite totale de 250 €.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois qui suivent **l'évènement**.

12.6 COORDINATION DEMENAGEMENT

En cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé

L'adhérent peut bénéficier de la coordination complète du déménagement de l'aidé incluant :

- Un diagnostic déménagement à distance pour définir les besoins, le budget et estimer le prix du déménagement,
- **La recherche d'une entreprise de déménagement** : sélection d'entreprises de déménagement, analyse des devis, négociation des prix,
- **L'organisation du déménagement**.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'adhérent.

La garantie doit être exécutée dans la limite d'un accompagnement pour coordonner le déménagement dans les 24 mois suivant l'évènement.

12.7 SOUTIEN SCOLAIRE EN LIGNE ET À DOMICILE

Soutien scolaire en ligne

En cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé

Dès lors que l'aidé n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA ASSURANCES prend en charge l'accès illimité à un site de cours en ligne. Un mail sera envoyé avec les codes d'accès à la plateforme.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève. Le site propose des cours pour les enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), sur une durée maximale de 6 mois.

Soutien scolaire à domicile

En cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé

Dès lors que l'aidé n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour, dans la limite de 18 heures sur une durée maximale de 6 mois.

Les deux garanties Soutien scolaire sont cumulables.

12.8 GARANTIE AIDANTS via le portail IMA SANTE

IMA ASSURANCES met à disposition via le portail IMA SANTE décrit en paragraphe 14 :

- Des conseils relatifs aux rôles et missions d'aidant, classés sous différentes thématiques (aménagement du domicile, aides financières, répit de l'aidant...) pour guider l'adhérent au quotidien,
- La possibilité de contacter, à partir du site et, à tout moment une équipe d'experts pour accompagner l'adhérent dans ses missions d'aidant. L'accompagnement est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques du lundi au vendredi, hors jours fériés.

GARANTIES D'ASSISTANCE SANTE MENTALE

13. GARANTIES PACK SANTE MENTALE

13.1 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'évènement ressenti comme traumatisant par l'un des bénéficiaires.

IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la

situation :

- Pour les bénéficiaires majeurs : jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et/ou jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.
- Pour les bénéficiaires mineurs : jusqu'à 5 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'évènement. La garantie est mise en œuvre 24h sur 24.

13.2 GARANTIE SANTE MENTALE via le portail IMA SANTE

IMA ASSURANCES propose d'informer et de conseiller le bénéficiaire pour l'aider à adopter des comportements bénéfiques pour sa santé et son bien-être en améliorant ses habitudes de vie. Cela se traduit par :

- Une évaluation et des conseils personnalisés en ligne
- Les contenus sont accessibles depuis le site Internet IMA SANTE décrit en paragraphe 14.

Le site propose au bénéficiaire :

- une évaluation globale pour faire le point sur son bien-être et sa santé,
- des contenus personnalisés selon son profil : alimentation, activité physique, sommeil, stress, tabac...

– Un coaching motivationnel par la plateforme médico-sociale

Le coaching motivationnel est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques avec une infirmière diplômée d'état sous la responsabilité d'un médecin. Il est réalisé dans le cadre d'appels programmés dont le nombre est fonction du profil du bénéficiaire, et peut aller jusqu'à 4 appels durant une période de 6 mois.

L'infirmière aide la personne à trouver ses propres solutions et la pousse à identifier elle-même les leviers sur lesquels elle peut agir pour améliorer son bien-être et sa santé mentale. Un plan d'action personnalisé est défini avec le bénéficiaire pour agir sur ses facteurs de risques (sédentarité, surpoids, stress, addictions, sommeil, isolement ...) et le rendre acteur de sa santé.

Un suivi régulier est mis en place pour s'assurer de la bonne mise en œuvre des recommandations et de l'amélioration de son bien-être.

Le service est ouvert dès la souscription.

Le service est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Cette garantie est réservée aux bénéficiaires de plus de 18 ans.

GARANTIES ACCESSIBLES A PARTIR DU SITE INTERNET IMA SANTE

14. SITE INTERNET IMA SANTE

IMA ASSURANCES met à disposition de l'adhérent/affilié un site Internet accessible à partir de l'espace adhérent de HENNER avec un accès sécurisé et illimité 24h/24 et 7j/7.

14.1 LES SERVICES DIGITAUX

Le site propose :

- Une information générale sur les garanties d'assistance,
- La possibilité de réaliser une demande d'assistance en ligne,
- Des conseils prévention et santé,
- L'accès à des professionnels de santé, avec la prise de rendez-vous en ligne.

15. LA TELECONSULTATION

En cas de maladie

Le bénéficiaire, une fois connecté au site précité, peut être mis en relation avec un médecin généraliste ou spécialiste selon son choix, par visioconférence.

Le service de téléconsultation ainsi accessible se compose de :

- Un échange en visioconférence avec un médecin,
- Un compte rendu de la téléconsultation, qui peut être envoyé au médecin traitant par le bénéficiaire,
 - Une ordonnance, une prescription le cas échéant.
- Le service est accessible 7j/7 et 24h/24.

La téléconsultation d'un bénéficiaire de moins de 18 ans ne pourra se faire qu'en présence du parent ou représentants légaux.

Restrictions :

Ce service n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence, il convient d'appeler le 15.

Sont exclus de la téléconsultation le suivi pour une maladie de **longue durée, les prescriptions de prolongation d'arrêt de travail, les prescriptions de certificats médicaux (à l'exception des certificats d'absence pour enfant malade) et les prescriptions de psychotropes, d'anti-douleurs puissants ou soumises à des règles particulières (ex : prescriptions restreintes ou soumises à demande d'accord préalable de l'Assurance Maladie).**

16. PRISE DE RENDEZ-VOUS MEDICAUX

En cas de maladie

Le bénéficiaire peut accéder à un service de prise de rendez-vous médical en ligne avec le médecin, généraliste ou spécialiste, de son choix, à la date et à l'heure de son choix en fonction des disponibilités du médecin.

Le coût de la consultation reste à la charge du bénéficiaire.

La consultation peut avoir lieu au cabinet du médecin en présentiel, ou en visioconférence.

Dans ce dernier cas, il sera demandé au bénéficiaire de renseigner ses coordonnées bancaires afin d'effectuer une pré-autorisation bancaire du montant de la consultation en visioconférence, en vue de son règlement.

Si cette consultation respecte le parcours de soins coordonnés, elle pourra être prise en charge par les régimes obligatoire et complémentaire santé du bénéficiaire.

17. LE SERVICE DE DEUXIEME AVIS MEDICAL

En cas de problème de santé sérieux et de situation médicale complexe

Le bénéficiaire, une fois connecté au site précité :

- accède aux fiches maladies détaillées et fiches experts,
- peut réaliser une demande de deuxième avis médical en ligne pour l'aider à prendre une décision de santé éclairée.

Le service de deuxième avis médical se déroule de la façon suivante :

- le bénéficiaire complète un questionnaire en ligne et télécharge son dossier médical,
- il choisit un médecin spécialiste dans la liste proposée,
- il obtient, sous 7 jours, un avis sous forme de compte-rendu qu'il peut partager avec son équipe traitante.

En cas de maladie concernant un enfant de moins de 18 ans, le service pourra être demandé par l'un de ses parents ou représentants légaux.

Restrictions :

Ce service n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence, il convient d'appeler le 15.

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

18. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

18.1 FAUSSE DECLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un événement garanti entraîne la perte du droit à garantie. Il appartient à IMA ASSURANCES d'établir le caractère frauduleux de la déclaration.

18.2 FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

18.3 REFUS DU BENEFICIAIRE

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA ASSURANCES, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à la situation, IMA ASSURANCES étant dégagée de toute obligation. En aucun cas, IMA ASSURANCES ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

18.4 EXCLUSIONS

EXCLUSIONS POUR L'ASSISTANCE DOMICILE

a) Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- Les hospitalisations dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gériatriques,
- Les hospitalisations liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- Les hospitalisations liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (tentative de suicide ou mutilation volontaire).

b) Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

Les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.

Les décès consécutifs :

- à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- à la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;
- à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée,
- à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallyes, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes ;

- à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits **médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance) ;**
- **aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.**

La responsabilité d'IMA ASSURANCES ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin, qui auront été préconisés par IMA ASSURANCES.

Par ailleurs, IMA ASSURANCES intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux **organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais** ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

La preuve de l'exclusion incombe à IMA ASSURANCES.

VIE DU CONTRAT

19. VIE DU CONTRAT

19.1 DUREE des GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité de l'adhésion aux garanties « Assistance santé » auprès de HENNER.

19.2 RESILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation de l'adhésion auprès de HENNER pour tout événement survenu ultérieurement, ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par HENNER auprès d'IMA ASSURANCES. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

19.3 PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite 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 IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES 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 les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des **procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.**

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressés par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires 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.

19.4 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données et à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement des données à caractère personnel des Bénéficiaires est nécessaire pour la gestion **du contrat d'assistance par Henner et IMA ASSURANCES dont les coordonnées se trouvent dans la présente convention d'assistance.**

Les traitements mis en œuvre conjointement ont pour finalité : la passation, l'exécution et la gestion (y compris commerciale) du contrat d'assistance, 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 et la gestion des demandes d'exercices de droits.

Par ailleurs, en tant que Responsable de traitement, Henner traite également les données des Bénéficiaires pour les finalités suivantes : **l'amélioration de la qualité des services et de la relation avec les assurés** et la gestion des sites et applications.

Les données ne sont en aucun cas cédées par Henner ou IMA ASSURANCES à un tiers à des fins commerciales.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de HENNER et de IMA ASSURANCES, leurs prestataires **notamment prestataires chargés de l'exécution des prestations d'assistance ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance y compris les autorités pour l'obtention des éventuelles autorisations nécessaires (certains prestataires d'assistance peuvent avoir la qualité de responsable de traitement ; ils collectent et traitent alors les données personnelles dont ils sont destinataires conformément à leur propre politique de confidentialité), sous-traitants techniques notamment pour les opérations d'administration et de maintenance des contrats et de la gestion des garanties (intermédiaires d'assurance, réseaux de soins et de santé, etc.), les syndicats ou fédérations professionnels pour les opérations pilotées par ou à l'initiative de ces organismes, et s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, ainsi que les personnes parties ou intéressées au contrat.**

Certaines des données à caractère personnel des Bénéficiaires sont **susceptibles d'être transférées, pour les finalités précisées ci-dessus, vers d'autres entités du groupe Henner ou d'IMA ASSURANCES, ou vers des tiers en dehors de l'Union Européenne.** Dans ce cas, ils 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.

Les données sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées par IMA ASSURANCES pour être conservées à des fins statistiques.

Par ailleurs, IMA ASSURANCES collecte tout ou partie des catégories de données suivantes, dans le cadre de l'exécution du contrat d'assistance :

- **des informations nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance ;**

- des données de localisation des personnes ou des biens : dans ce contexte, un service de géolocalisation du terminal mobile, soumis à l'accord préalable du bénéficiaire, peut être proposé afin de mettre en œuvre plus efficacement les prestations d'assistance. En tout état de cause, les trajets ne sont pas tracés ;
- le cas échéant, des données relatives aux habitudes de vie, à la condition physique et la santé aux fins de mise en œuvre du programme d'accompagnement personnalisé pour lesquelles le bénéficiaire a donné son consentement lors de la souscription du contrat ou la mise en œuvre des prestations d'assistance ;
- des données médicales pour lesquelles le bénéficiaire a donné, le cas échéant, son consentement lors de l'adhésion au contrat.

La demande de mise en œuvre des prestations emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales susceptibles d'être collectées à tout professionnel devant en connaître pour accomplir la mission qui lui est confiée. Dans ces conditions, les bénéficiaires reconnaissent libérer les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des garanties de leur obligation de secret professionnel sur les informations médicales.

Les données enregistrées sur l'espace personnel digitalisé d'IMA ASSURANCES ne sont accessibles à personne, à l'exception des administrateurs habilités en cas d'opérations d'administration et de maintenance du portail.

Les données de santé traitées par IMA ASSURANCES sont conservées chez un hébergeur de données de santé pour toute la durée du contrat ; elles sont ensuite archivées pendant la durée de la prescription.

Des enregistrements ou double-écoutes sont réalisés sur une partie des appels à destination des services d'assistance d'IMA ASSURANCES dans le cadre de :

- la montée en compétence des collaborateurs ;
- le suivi du conseil et de la qualité de la relation client ;
- la constitution d'éléments factuels exploitables dans le cadre de la prévention et la résolution des litiges, contentieux et précontentieux ;
- la protection des collaborateurs en cas d'agressions verbales et incivilités à leur rencontre ;
- la réalisation d'expérimentations en lien avec les objectifs de management et de suivi de la qualité ainsi qu'autour d'analyses des conversations via des techniques d'intelligence artificielle ;
- la gestion des demandes d'exercice de vos droits ;
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption.

Ces enregistrements sont destinés aux seules personnes habilitées d'IMA ASSURANCES et sont susceptibles d'être transmis et/ou accessibles par les prestataires techniques intervenant dans la mise en place et l'analyse des conversations téléphoniques. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les enregistrements sont conservés pour une durée de six mois, sauf en cas de contentieux où ils sont conservés pour la durée du contentieux et jusqu'à l'expiration des voies de recours.

Les Bénéficiaires peuvent accéder aux données les concernant, les rectifier, en demander la portabilité ou leur suppression. Ils peuvent également s'opposer au traitement de leurs données, en demander la limitation ou retirer leur consentement, le cas échéant, à tout moment. Enfin, ils ont également le droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès.

Pour exercer ces droits ou pour toute question relative au traitement de leurs données, les Bénéficiaires peuvent contacter le 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 leurs données, ils auront la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL : 3 Place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 ou <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>

Pour en savoir plus sur la gestion des données à caractère personnel des Bénéficiaires par Henner et pour exercer leurs droits, les Bénéficiaires peuvent se reporter à la Charte RGPD Assurés Henner qui leur a été remise lors de leur adhésion et disponible sur leur Espace Client.

19.5 RECLAMATION ET MEDIATION

Pour toute réclamation, entendue comme une déclaration actant d'un mécontentement, concernant les garanties d'assistance mises en œuvre, ou la relation avec IMA ASSURANCES au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation), les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9.

Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables de sa réception, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximums.

Si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur ou en l'absence de réponse dans le délai règlementaire, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

Pour toute réclamation concernant les modalités d'adhésion et la gestion du contrat, les bénéficiaires doivent contacter leur interlocuteur habituel (conseiller commercial ou unité de gestion). Les coordonnées de leur Unité de Gestion sont indiquées sur leur carte d'assuré Henner. Toutes les informations sur la gestion des réclamations par Henner sont précisées sur le site <https://www.henner.com/reclamations/>



*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.

Crédit photos : © GettyImages. 11/2022

