



# Henner Privilèges Santé

NOTICE  
D'INFORMATION

Chaque jour à vos côtés

# Sommaire

<b>PREAMBULE</b> .....	<b>4</b>
I. Le produit – le contrat .....	4
II. L'adhésion au contrat .....	4
<b>1. LEXIQUE</b> .....	<b>4</b>
<b>2. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHESION</b> .....	<b>7</b>
2.1. Les personnes assurées .....	7
2.2. Les conditions et formalités d'adhésion .....	7
2.3. L'âge limite d'adhésion .....	7
2.4. Vos déclarations .....	7
2.5. Le choix de la formule de garanties .....	8
2.6. La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat .....	8
2.7. La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties .....	8
2.8. La suspension des garanties .....	8
2.9. La résiliation de l'adhésion au contrat.....	8
2.10. Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance.....	9
2.11. Les cotisations.....	10
2.12. La prescription .....	10
2.13. La subrogation.....	12
2.14. Les réclamations – La médiation .....	12
2.15. L'autorité de contrôle .....	12
2.16. Protection des données à caractère personnel.....	12
<b>3. LES GARANTIES</b> .....	<b>14</b>
3.1. Le cadre juridique .....	14
3.2. L'objet du contrat .....	15
3.3. Ce que garantit le contrat .....	15
3.4. La modification des garanties .....	15
3.5. L'étendue territoriale des garanties.....	15
<b>4. LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE</b> .....	<b>15</b>
4.1. Les cas où la garantie ne s'exerce pas.....	15
4.2. Les limitations de la garantie santé.....	16
<b>5. LE REGLEMENT DES PRESTATIONS</b> .....	<b>16</b>
5.1. Le règlement des prestations.....	16
5.2. Les renseignements complémentaires .....	17
5.3. Le contrôle et expertise.....	17
5.4. Les délais à respecter .....	17
5.5. Les sanctions .....	17
<b>6. GARANTIES INCLUSES DANS VOTRE CONTRAT : L'ASSISTANCE JURIDIQUE</b> .....	<b>17</b>
ARTICLE 1 - LES DEFINITIONS .....	17
ARTICLE 2 - CE QUE VOUS APPORTE VOTRE CONTRAT .....	17
ARTICLE 3 - CE QUI RESTE EN DEHORS DE VOTRE CONTRAT .....	17
ARTICLE 4 - LES BENEFICIAIRES DE VOTRE CONTRAT .....	17
ARTICLE 5 - LA VALIDITE DE VOTRE CONTRAT.....	17
ARTICLE 6 - LA SUBROGATION .....	18
ARTICLE 7 - LA RESILIATION .....	18
ARTICLE 8 - VOTRE PRIME .....	18
ARTICLE 9 - QUE FAIRE EN CAS DE BESOIN D'ASSISTANCE JURIDIQUE ? .....	18
ARTICLE 10 - LA DECLARATION DE SINISTRE .....	18
ARTICLE 11 - NOS INTERVENTIONS .....	18
ARTICLE 12 - PLAFONDS, FRANCHISE ET SEUIL D'INTERVENTION EN EUROS .....	18
ARTICLE 13 - LA PRESCRIPTION .....	18
ARTICLE 14 - LES EXCLUSIONS.....	18
ARTICLE 15 - L'ARBITRAGE, (ARTICLE L127-4 DU CODE DES ASSURANCES) .....	19
ARTICLE 16 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL .....	19

<b>7.</b>	<b>GARANTIES INCLUSES DANS VOTRE CONTRAT : CAPITAL ACCIDENT .....</b>	<b>20</b>
	<b>PRÉAMBULE .....</b>	<b>20</b>
<b>I.</b>	<b>Le produit – Le contrat .....</b>	<b>20</b>
<b>II.</b>	<b>L'adhésion au contrat .....</b>	<b>20</b>
<b>1.</b>	<b>LEXIQUE .....</b>	<b>20</b>
<b>2.</b>	<b>LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.</b>	<b>Les personnes assurées .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.</b>	<b>Les conditions et formalités d'adhésion .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.</b>	<b>L'âge limite d'adhésion .....</b>	<b>22</b>
<b>2.4</b>	<b>Vos déclarations .....</b>	<b>22</b>
<b>2.5</b>	<b>Le choix de la formule de garanties .....</b>	<b>22</b>
<b>2.6</b>	<b>La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat .....</b>	<b>22</b>
<b>2.7</b>	<b>La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente La cessation des garanties.....</b>	<b>22</b>
<b>2.8</b>	<b>La suspension des garanties .....</b>	<b>23</b>
<b>2.9</b>	<b>La résiliation de l'adhésion au contrat.....</b>	<b>23</b>
<b>2.10</b>	<b>Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance.....</b>	<b>23</b>
<b>2.11</b>	<b>Les cotisations.....</b>	<b>24</b>
<b>2.12</b>	<b>La prescription .....</b>	<b>24</b>
<b>2.13</b>	<b>La subrogation.....</b>	<b>25</b>
<b>2.14</b>	<b>Les réclamations – La médiation .....</b>	<b>26</b>
<b>2.15</b>	<b>L'autorité de contrôle .....</b>	<b>26</b>
<b>2.16</b>	<b>Protection des données à caractère personnel .....</b>	<b>26</b>
<b>3.</b>	<b>LES GARANTIES .....</b>	<b>28</b>
<b>3.1</b>	<b>Le fonctionnement des garanties .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2</b>	<b>Le contenu des garanties en cas de décès ou PTIA .....</b>	<b>29</b>
<b>4.</b>	<b>CE QUI N'EST PAS GARANTI .....</b>	<b>29</b>
<b>5.</b>	<b>COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DES PRESTATIONS ? .....</b>	<b>29</b>
<b>5.1</b>	<b>La déclaration et les documents à transmettre .....</b>	<b>29</b>
<b>5.2</b>	<b>Modalités du règlement des capitaux .....</b>	<b>30</b>
<b>5.3</b>	<b>Modalités du paiement des capitaux .....</b>	<b>30</b>
<b>5.4</b>	<b>Contrôle et expertise médicale .....</b>	<b>30</b>

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

## PREAMBULE

### I. Le produit – le contrat

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

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

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

**SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS)**

**S.A. au capital de 150 000 000 euros**

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

Ci-après désigné l'Assureur ou SWISSLIFE Par :

**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**

Ci-après désigné le souscripteur ou HENNER

Le contrat PRIVILEGES 10 a été développé et négocié par HENNER qui le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial.

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

Le contrat PRIVILEGES 10 entre le souscripteur et l'assureur prend effet le 01/01/2023, et se renouvelle par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

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

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

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

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

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

**HENNER**

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

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

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

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

Les opérations de gestion sont réalisées dans la pratique par le GIE Henner-GMC, Groupement d'Intérêt Economique régi par l'ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967, dont HENNER est membre.

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

### II. L'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat est :

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

## 1. LEXIQUE

### Quelques définitions pour mieux nous comprendre

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

#### Accident

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

#### Adhérent

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

#### Adhésion à distance

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

### **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<sup>e</sup> année.

### **Catégories de médecin**

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

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

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

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

### **Certification d'adhésion**

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

### **Chambre particulière**

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

### **Conjoint**

On entend par conjoint :

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

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

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

### **Couple**

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

### **Date anniversaire de l'adhésion**

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

### **Date d'effet**

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

### **Déchéance**

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

### **Délai d'attente**

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

### **Déléataire**

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

### **Dépassement d'honoraires**

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

### **Dispositions personnelles**

Désignent également le certificat d'adhésion.

### **Domicile**

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

### **Dossier d'adhésion**

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

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

### **Échéance**

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

### **Échéance principale**

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

### **Enfants**

Il s'agit du ou des enfants fiscalement à la charge de l'Adhérent, ou celle du Conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 25<sup>e</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2008. C'est une somme d'argent qui est déduite, par la Sécurité sociale, de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse).

Elle s'élève à :

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

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

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

### **Garantie**

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

### **Honoraires limite de facturation (HLF)**

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

### **Hospitalisation**

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

### **Long séjour**

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

### **Maladie**

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

### **Maternité**

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

### **Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SSR)**

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

### **Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale**

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

### **Nous**

Désigne l'assureur mentionné aux dispositions personnelles.

### **Nullité de l'adhésion**

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

### **Parcours de soins**

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

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

### **Participation forfaitaire**

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

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

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

### **Plafond annuel de remboursement**

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

### **Période de garantie**

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

### **Prix limite de vente**

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

### **Régime Obligatoire - RO**

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

### **Résiliation**

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

### **Sinistre**

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

### **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.

### **Vous**

Désigne l'Adhérent.

## **2. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHESION**

---

### **2.1. Les personnes assurées**

Pour bénéficier des garanties vous devez :

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

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

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

### **2.2. Les conditions et formalités d'adhésion**

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

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

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

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

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

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

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

### **2.3. L'âge limite d'adhésion**

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

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

### **2.4. Vos déclarations**

#### **2.4.1. À l'adhésion**

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

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

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

#### **2.4.2. En cours d'adhésion**

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

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

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

#### 2.4.3. La validité de vos déclarations

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

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

#### 2.4.4. Les conséquences de la fausse déclaration

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

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

#### 2.5. Le choix de la formule de garanties

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

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

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

##### 2.6.1. La conclusion de l'adhésion

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

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

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

##### 2.6.2. La durée de l'adhésion

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

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

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

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

##### 2.7.1. La prise d'effet

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

##### 2.7.2. Les délais d'attente

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

##### 2.7.3. La cessation des garanties

La garantie est viagère.

Elle cesse toutefois :

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

#### 2.8. La suspension des garanties

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

- Non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des assurances (art. L 113-3),
- Séjour hors de France de plus de 2 mois par an en une ou plusieurs périodes dans une zone ou un pays formellement déconseillé par le Ministère français des Affaires Etrangères (liste consultable sur son site internet [www.diplomatie.gouv.fr/fr](http://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,

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

#### 2.9. La résiliation de l'adhésion au contrat

##### 2.9.1. Par l'Adhérent

Vous pouvez résilier votre adhésion :

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

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

### 2.9.2. Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée en cas de :

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

### 2.9.3. De plein droit

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

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

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

### 2.10.1 Démarchage à domicile

#### Définition

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

#### Modalités et conditions de renonciation

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

Courrier postal :

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

#### Modèle de lettre de renonciation

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

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

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

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

#### Perte de la faculté de renonciation

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

Conséquences de la renonciation

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

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

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

#### Article du Code des assurances

L. 112-9 du Code des assurances.

### 2.10.2 Vente à distance

#### Définition

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

#### Exécution immédiate du contrat

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

#### Modalités et conditions de renonciation

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

Courrier postal :

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

#### Modèle de lettre de renonciation

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

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

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

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

## Conséquences de la renonciation

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

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

## Article du Code des assurances

L. 112-2-1 du Code des assurances

### 2.11. Les cotisations

#### 2.11.1. Le 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 sa 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.

#### 2.11.2. La variation des cotisations

En sus de la clause d'indexation reprise ci-dessus, les cotisations évoluent à chaque échéance principale de l'adhésion en fonction de 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.

#### 2.11.3. La révision du tarif

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

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

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

#### 2.11.4. Le paiement des cotisations

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

#### 2.11.5. Le non-paiement des cotisations

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

## 2.12. La prescription

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

### Délai de prescription

Article L. 114-1

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

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

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

dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2<sup>e</sup> alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

### **Causes d'interruption de la prescription**

Article L. 114-2

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

### **Caractère d'ordre public de la prescription**

Article L. 114-3

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

Les causes ordinaires d'interruption

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

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

Article 2240 du Code civil

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

- Demande en justice
  - Article 2241 du Code civil

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

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

- Article 2242 du Code civil

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

- Article 2243 du Code civil

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

### **Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée**

Article 2244 du Code civil

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

### **Étendue de la prescription quant aux personnes**

- Article 2245 du Code civil

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

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

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

- Article 2246 du Code civil

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

- Article 2233 du Code civil La prescription ne court pas :
  - 1) à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
  - 2) à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
  - 3) à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

- Article 2234 du Code civil

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

- Article 2235 du Code civil

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

- Article 2236 du Code civil

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

- Article 2237 du Code civil

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

- Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le

délaï de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

- Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

### 2.13. La subrogation

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

### 2.14. Les réclamations – La médiation

#### La réclamation

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

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

Votre deuxième contact : le service réclamations

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

Adresse postale :

#### Groupe Henner

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

Email : [cellulereclamation@henner.fr](mailto: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

### 2.15. L'autorité de contrôle

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

### 2.16. Protection des données à caractère personnel

#### 2.16.1. Qualité des parties

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

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

HENNER, en sa qualité de Courtier et délégataire de gestion, détermine les moyens principaux nécessaires au traitement des

données personnelles et assure leur mise en œuvre technique et opérationnelle.

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

#### 2.16.2. Finalités des traitements de données personnelles

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

Finalité du traitement de données personnelles	Fondement légal permettant la mise en œuvre du traitement
<b>Finalité 1 : Passation, gestion et exécution du contrat, pouvant notamment inclure des prises de décisions automatisées</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés</li> <li>▪ Elaboration des statistiques et études actuarielles</li> <li>▪ Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque</li> <li>▪ Exécution des garanties des contrats</li> <li>▪ Gestion des contrats et Gestion des clients</li> <li>▪ Exercice des recours et gestion des réclamations et des contentieux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestion des demandes d'exercice de droit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le traitement est nécessaire au respect d'une obligations légale à laquelle le responsable de traitement est soumis</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lutte contre la fraude, ces dispositifs pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place d'actions de prévention proposées par l'Assureur</li> <li>▪ Conduite d'activités de recherche et développement</li> <li>▪ Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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. .</li> </ul>
<p><b>Finalité 2 : Prospection commerciale</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effectuer les opérations relatives à la gestion des prospects de l'Organisme d'assurance</li> <li>▪ L'acquisition, la cession, la location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Vous pouvez vous opposer à tout moment à ce traitement en exerçant vos droits, conformément au paragraphe « Exercice des droits » ci-dessous.</li> </ul>

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 :

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

### 2.16.3. Information des Assurés par l'Adhérent

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

### 2.16.4. Destinataires et transferts des données à caractère personnel

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

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

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

#### 2.16.5. Durées de conservation des données

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

#### 2.16.6. Exercice des droits

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

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

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

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

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

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

#### 2.16.7. Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

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

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

## 3. LES GARANTIES

### 3.1. Le cadre juridique

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

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

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

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

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

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

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

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

Le contrat responsable :

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

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

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

### 3.2. L'objet du contrat

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

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

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

### 3.3. Ce que garantit le contrat

#### 3.3.1. La garantie santé

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 3.3.3. Les garanties accessoires annexes

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

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

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

### 3.4. La modification des garanties

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

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

### 3.5. L'étendue territoriale des garanties

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

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

## 4. LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE

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

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

- La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- Une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévue au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.
- Il en est de même lorsque les formules retenues sont dites non responsables.
- Elles ne garantissent également pas les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

#### 4.2. Les limitations de la garantie santé

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

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

## 5. LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

### 5.1. Le règlement des prestations

#### 5.1.1. La procédure simplifiée

##### La télétransmission

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

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

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

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

##### Le tiers payant

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

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

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

#### 5.1.2. La procédure classique

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

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

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

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

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

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

### 5.1.3. Le paiement des prestations

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

## 5.2. Les renseignements complémentaires

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

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

## 5.3. Le contrôle et expertise

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

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

### L'expertise contradictoire :

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

### Compromis d'arbitrage :

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

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

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

## 5.4. Les délais à respecter

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

## 5.5. Les sanctions

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

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

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

### ARTICLE 1 - LES DEFINITIONS

#### Les bénéficiaires

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

#### Nous

CFDP Assurance.

#### Le Tiers

Toute personne étrangère au contrat.

#### Le Litige

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

#### Le Sinistre

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

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances.

### ARTICLE 2 - CE QUE VOUS APPORTE VOTRE CONTRAT

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

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

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

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

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

### ARTICLE 3 - CE QUI RESTE EN DEHORS DE VOTRE CONTRAT

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

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

### ARTICLE 4 - LES BENEFICIAIRES DE VOTRE CONTRAT

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

### ARTICLE 5 - LA VALIDITE DE VOTRE CONTRAT

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

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

#### **ARTICLE 6 - LA SUBROGATION**

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

#### **ARTICLE 7 - LA RESILIATION**

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

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

#### **ARTICLE 8 - VOTRE PRIME**

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

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

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

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

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

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

#### **ARTICLE 10 - LA DECLARATION DE SINISTRE**

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

- La description précise et sincère de la nature et des circonstances de votre Litige,
- Les éléments établissant la réalité du préjudice que vous 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 1<sup>er</sup> du Code Civil), des successions, des libéralités ou donations, des régimes matrimoniaux ou des contrats de mariage.
- Les recouvrements de vos créances.

#### Article 14.2 - L'assureur ne prend jamais en charge

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

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

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

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

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

#### ARTICLE 16 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

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

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

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

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

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

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

## 7. GARANTIES INCLUSES DANS VOTRE CONTRAT : CAPITAL ACCIDENT

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

Référence : NI Capital Accident - 01/2021.

Votre notice d'information du contrat A 7054 0001

### PRÉAMBULE

#### I. Le produit – Le contrat

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

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

#### SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS)

**S.A. au capital de 150 000 000 euros**

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

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

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**

Ci-après désigné le souscripteur ou HENNER

Le contrat CAPITAL ACCIDENT a été développé et négocié par HENNER, qui en accord avec l'Assureur et le Souscripteur, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial. En sa qualité de souscriptrice, Henner veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres.

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

Le contrat CAPITAL ACCIDENT entre le Souscripteur et l'assureur prend effet le 01/01/2023, et se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

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

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

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

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

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

**HENNER**

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

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

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

#### II. L'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat est :

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

#### 1. LEXIQUE

##### Quelques définitions pour mieux nous comprendre

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

##### Accident

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

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

##### Accident de la circulation

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

##### Adhérent

La personne adhérent au contrat, signant le bulletin d'adhésion. Elle est désignée au certificat d'adhésion.

##### Adhésion à distance

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

Assuré(s) ou Ayants droit

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

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

#### **Avenant**

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

#### **Certificat d'Adhésion**

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

#### **Conjoint**

On entend par conjoint :

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

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

#### **Date anniversaire de l'adhésion**

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

#### **Date d'effet**

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

#### **Déchéance**

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

#### **Domicile**

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

#### **Échéance**

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

#### **Echéance principale :**

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

#### **Enfants**

Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou à celle de votre conjoint. La garantie cesse à leur égard, au plus tard à la fin de l'année suivant leur 18e anniversaire. A compter

de ses 18 ans, à la demande de l'adhérent, l'enfant toujours à charge de ses parents au sens fiscal peut continuer à être assuré moyennant l'acquittement d'une cotisation adulte.

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs

#### **France**

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

#### **Maladie**

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

#### **Nous**

Désigne l'assureur mentionné au certificat d'adhésion.

#### **Nullité**

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

#### **Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)**

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

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

#### **Sinistre**

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

#### **Vous**

Désigne l'adhérent.

## **2. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION**

### **2.1. Les personnes assurées**

Pour bénéficier des garanties du contrat CAPITAL ACCIDENT vous devez :

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

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

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

### **2.2. Les conditions et formalités d'adhésion**

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

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

- Des indications relatives à la situation personnelle des personnes à assurer.

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

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

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

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

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

### 2.3. L'âge limite d'adhésion

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

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

## 2.4 Vos déclarations

### 2.4.1 À l'adhésion

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

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

### 2.4.2 En cours d'adhésion

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

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

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

### 2.4.3 La validité de vos déclarations

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

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

### 2.4.4 Les conséquences de la fausse déclaration

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

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

## 2.5 Le choix de la formule de garanties

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

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

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

### 2.6.1 La conclusion de l'adhésion

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

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

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

### 2.6.2 La durée de l'adhésion

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

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

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

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

### 2.7.1 La prise d'effet

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

### 2.7.2 Les délais d'attente

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

### 2.7.3 La cessation des garanties

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

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

Les garanties prennent également fin :

- Dès que l'assuré ne répond plus à la définition des personnes assurées (Cf. définitions du Conjoint et des Enfants au Lexique) ;

- À l'égard de chaque assuré, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

## 2.8 La suspension des garanties

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

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

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

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

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

## 2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat

### 2.9.1. Par l'Adhérent

Vous pouvez résilier votre adhésion :

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

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

### 2.9.2. Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée en cas de :

- Non-paiement des cotisations ;
- Réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations in dues, étant précisé que l'assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse ;
- Déménagement de l'assuré hors de France ou fixation de sa résidence fiscale à l'étranger
- en cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (art. L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L 641-11-1 du Code de commerce) de l'adhérent, et dans le respect des dispositions de ces textes.

### 2.9.3 De plein droit

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

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

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

### 2.9.4 Modalités de la résiliation

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

Adresse postale :

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

**Adresse courrier électronique :**

**sante.individuels.bo@henner.fr**

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

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

### DÉMARCHAGE À DOMICILE

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

### Modalités et conditions de renonciation

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

Courrier postal :

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

**Email : sante.individuels.bo@henner.fr**

### Modèle de lettre de renonciation

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

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

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

### Perte de la faculté de renonciation

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

### Conséquences de la renonciation

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

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

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

Articles du Code des assurances

L. 112-9 du Code des assurances.

### VENTE À DISTANCE

« Fourniture de services à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestations de services à distance, or-

gagné par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat. »

### **Exécution immédiate du contrat**

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

### **Modalités et conditions de renonciation**

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

Courrier postal :

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

### **Modèle de lettre de renonciation**

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

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

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

Conséquences de la renonciation

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

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

Articles du Code des assurances

L. 112-2-1 du Code des assurances

## **2.11 Les cotisations**

### **2.11.1 Le montant des cotisations**

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

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

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

### **2.11.2 La variation des cotisations**

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

### **2.11.3 La révision du tarif**

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

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

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

### **2.11.4 Le paiement des cotisations**

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

### **2.11.5 Le non-paiement des cotisations**

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

## **2.12 La prescription**

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

### **Délai de prescription :**

Article L. 114-1

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

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

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

### **Causes d'interruption de la prescription :**

Article L. 114-2

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

### **Caractère d'ordre public de la prescription :**

Article L. 114-3

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

Les causes ordinaires d'interruption :

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

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

Article 2240 du Code civil

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

#### **Demande en justice**

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

#### **Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée :**

Article 2244 du Code civil

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

#### **Étendue de la prescription quant aux personnes :**

Article 2245 du Code civil

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

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

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

Article 2246 du Code civil

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

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

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1) à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;

2) à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;

3) à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

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

Article 2235 du Code civil

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

Article 2236 du Code civil

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

Article 2237 du Code civil

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

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

#### **2.13 La subrogation**

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

## 2.14 Les réclamations – La médiation

### La réclamation

- 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](mailto:cellulereclamation@henner.fr)**

### La médiation

En dernier recours : le médiateur de l'assurance

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

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

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

## 2.15 L'autorité de contrôle

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

## 2.16 Protection des données à caractère personnel

### 2.16.1 Qualité des parties

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

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

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

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

### 2.16.2 Finalités des traitements de données personnelles

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

**Finalité 1 : Passation, gestion et exécution du contrat, pouvant notamment inclure des prises de décisions automatisées**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés</li> <li>▪ Elaboration des statistiques et études actuarielles</li> <li>▪ Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque</li> <li>▪ Exécution des garanties des contrats</li> <li>▪ Gestion des contrats et Gestion des clients</li> <li>▪ Exercice des recours et gestion des réclamations et des contentieux</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul> |
|--|--|

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestion des demandes d'exercice de droit</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le traitement est nécessaire au respect d'une obligations légale à laquelle le responsable de traitement est soumis</li> </ul> |
|--|---|

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis</li> </ul> |
|--|--|

<b>Finalité du traitement de données personnelles</b>	<b>Fondement légal permettant la mise en œuvre du traitement</b>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lutte contre la fraude, ces dispositifs pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place d'actions de prévention proposées par l'Assureur</li> <li>▪ Conduite d'activités de recherche et développement</li> <li>▪ Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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. .</li> </ul>
<b>Finalité 2 : Prospection commerciale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effectuer les opérations relatives à la gestion des prospects de l'Organisme d'assurance</li> <li>▪ L'acquisition, la cession, la location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Vous pouvez vous opposer à tout moment à ce traitement en exerçant vos droits, conformément au paragraphe « Exercice des droits » ci-dessous.</li> </ul>

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 :

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

### 2.16.3 Information des Assurés par l'Adhérent

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

### 2.16.4 Destinataires et transferts des données à caractère personnel

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

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

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

#### 2.16.5 Durées de conservation des données

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

#### 2.16.6 Exercice des droits

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

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

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

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

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

#### 2.16.7 Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

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

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

### 3. LES GARANTIES

#### 3.1 Le fonctionnement des garanties

##### 3.1.1 Quelles garanties pouvez-vous choisir ?

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

##### 3.1.2 Étendue territoriale de vos garanties

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

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

##### 3.1.3 Date de l'événement garanti

La date de l'événement garanti est :

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

##### 3.1.4 Date d'entrée en vigueur des garanties

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

##### 3.1.5 Les âges termes de garantie

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

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

## 3.2 Le contenu des garanties en cas de décès ou PTIA

### 3.2.1 Les capitaux en cas de décès ou de PTIA

#### DÉCÈS

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

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

#### Limitation des garanties :

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

#### PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

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

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

### 3.2.2. Les clauses bénéficiaires

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

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

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

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

Conséquences de l'acceptation par le bénéficiaire :

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

## 4. CE QUI N'EST PAS GARANTI

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

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

## 5. COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DES PRESTATIONS ?

### 5.1 La déclaration et les documents à transmettre

#### La déclaration

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

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

Les documents à transmettre En cas de décès :

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

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

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

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

## 5.2 Modalités du règlement des capitaux

### En cas de décès

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

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

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

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

### 5.3 Modalités du paiement des capitaux

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

### 5.4 Contrôle et expertise médicale

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

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

- Expertise contradictoire :

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

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;

- Compromis d'arbitrage :

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

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

## VOTRE CONTACT



\*Here to care : Répondre présent à chaque moment

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

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



# Henner Privilèges Santé



ASSISTANCE

01 70 95 37 42

*N° de contrat EHA-EHO – Assistance standard et téléconsultation*



# 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
<b>3. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU PROGRAMMEE ET EN CAS D'IMMOBILISATION IMPREVUE .....</b>	<b>7</b>
<b>4. GARANTIES FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU PROGRAMMEE ET/OU D'IMMOBILISATION IMPREVUE .....</b>	<b>8</b>
<b>5. GARANTIES EN CAS D'EVENEMENT TRAUMATISANT .....</b>	<b>9</b>
6. GARANTIES EN CAS DE DECES .....	9
<b>7. GARANTIES EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE COMPRENANT UNE NUIT .....</b>	<b>9</b>
GARANTIES ACCESSIBLES A PARTIR DU SITE INTERNET IMA SANTE .....	10
8. SITE INTERNET IMA SANTE .....	10
9. LA TELECONSULTATION .....	10
10. PRISE DE RENDEZ-VOUS MEDICAUX .....	10
LIMITATIONS ET EXCLUSIONS .....	10
11. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES .....	10
VIE DU CONTRAT .....	11
12. VIE DU CONTRAT .....	11

# 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](http://www.orias.fr)) - **Relevant du contrôle de l'ACPR (4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr))** - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - [www.henner.com](http://www.henner.com) - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur [www.henner.com](http://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

## DEFINITIONS

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.

### 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.

### 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.

### 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.

#### 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.

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.

### 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<sup>ème</sup> 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.

**Cette garantie s'applique en une seule fois sur une période de 12 mois.**

## 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<sup>ère</sup> 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<sup>ère</sup> 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<sup>ère</sup> 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<sup>ère</sup> 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<sup>ère</sup> 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 1ère 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<sup>ère</sup> 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 et 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<sup>ère</sup> 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 et 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 et 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 ACCESSIBLES A PARTIR DU SITE INTERNET IMA SANTE

### 8. 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.

#### 8.1 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.

### 9. 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**).

### 10. 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'horaire 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.

## LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

### 11. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

#### 11.1 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.**

#### 11.2 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.

### 11.3 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 dérogée de toute obligation. En aucun cas, IMA ASSURANCES ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

### 11.4 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 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

### 12. VIE DU CONTRAT

#### 12.1 DUREE des GARANTIES

**Les garanties s'appliquent pendant la période de validité de l'adhésion aux garanties « Assistance santé » auprès de HENNER.**

#### 12.2 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.

#### 12.3 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.

#### 12.4 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 informatiques, les organismes externes en charge de l'exécution 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](mailto: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.

## 12.5 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](http://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 réglementaire, les **bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : [www.mediation-assurance.org](http://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](http://www.orias.fr)) - Relevant du contrôle de l'ACPR (4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr)) - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - [www.henner.com](http://www.henner.com) - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur [www.henner.com](http://www.henner.com).

Crédit photos : © GettyImages. 11/2022





# Henner Privilèges Santé



**NOTICE D'INFORMATION**  
GARANTIE OBSEQUES  
ET ASSISTANCE OBSEQUES





# SOMMAIRE

GARANTIE INCLUSE DANS VOTRE CONTRAT : LA GARANTIE OBSEQUES .....	4
LA GARANTIE OBSEQUES .....	4
1. PREAMBULE .....	4
2. GARANTIE OBSEQUES .....	4
GARANTIE INCLUSE DANS VOTRE CONTRAT : <b>L'ASSISTANCE OBSEQUES</b> .....	10
1. PRÉAMBULE .....	11
2. DEFINITIONS .....	12
3. DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	13
4. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE .....	14
5. GARANTIES ACCESSIBLES DES LA SOUSCRIPTION .....	14
6. GARANTIES DE SOUTIEN AUX PROCHES .....	15
<b>7. GARANTIES EN CAS D'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT</b> .....	15
8. GARANTIES EN CAS DE DÉPLACEMENT .....	15
9. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES .....	16
10. VIE DU CONTRAT .....	16

# GARANTIE INCLUSE DANS VOTRE CONTRAT : LA GARANTIE OBSEQUES

## LA GARANTIE OBSEQUES

### 1. PREAMBULE

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

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

- ALLIANZ Vie pour la couverture de la garantie temporaire obsèques,

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

La Garantie Obsèques est gérée par :

- Pour la gestion des cotisations :

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

- Pour la gestion des prestations obsèques :

**HENNER SAS – Département La Garantie Obsèques, société de courtage et de gestion d'assurance au capital de 8 212 500 euros dont le siège social est situé 14, boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine – RCS Nanterre 323 377 739 – N° Orias 07002 039.**

### 2. GARANTIE OBSEQUES

#### 2.1. Article 1 - OBJET DE L'ADHESION

On entend par :

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

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

#### 2.2. Article 2 – PERSONNE(S) ASSUREE(S)

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

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

Sont considérés comme ayant droit :

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

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

#### 2.3. Article 3 - DATE D'EFFET – DUREE ET FIN DE LA GARANTIE OBSEQUES

Dans le cadre d'un contrat individuel santé « Privilèges 10 », le participant bénéficie de la Garantie Obsèques incluse dans ce contrat.

Elle prend effet à la date mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion du contrat santé.

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

Elle cesse pour l'ensemble des assurés :

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

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

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

#### 2.4. Article 4 – GARANTIES ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Objet des garanties

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Conditions de **mise en œuvre**

Décès par accident ou accident de la circulation :

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

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

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

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

Décès toutes causes hors accident/accident de la circulation :

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

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

#### Pièces justificatives

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

HENNER - Département La Garantie Obsèques 14 boulevard du Général Leclerc

CS 20058 - 92527 Neuilly-sur-Seine

Téléphone : 01.55.62.53.19

Email : [garantie.obseques@henner.fr](mailto:garantie.obseques@henner.fr)

1/ Au moment du décès :

Dans tous les cas (décès d'un participant ou d'un ayant droit cou- vert) :

- Acte de décès
- Facture des frais d'obsèques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.5. Article 5 - REVALORISATION POST MORTEM

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

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

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

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

## 2.6. Article 6 - EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties les risques suivants :

Risques de guerre :

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

Risques aériens :

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

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

Autres risques :

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

## 2.7. Article 7 – COTISATIONS

### 2.7.1. Assiette et montant des cotisations

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

Les cotisations peuvent être fixées en fonction :

- Du montant de la garantie obsèques,
- Du nombre de personnes assurées (adulte/ enfant).

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

### 2.7.2. Recouvrement des cotisations

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

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

### 2.7.3. Evolutions des cotisations

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

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

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

### 2.7.4. Défaut de paiement des cotisations

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

## 2.8. Article 8 - RECLAMATIONS

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

Par courrier :

HENNER Département La Garantie Obsèques - Réclamation 14 boulevard du Général Leclerc  
CS 20058 - 92527 Neuilly-sur-Seine

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

Par courrier :

HENNER – Réclamation - Service Qualité

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

Par mail :

service.qualite@henner.fr

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

[www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)

ou LMA TSA 50110- 75441 Paris Cedex 09

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

## 2.9. Article 9 – PRESCRIPTION

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

Article L114-1 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

Article L114-2 du Code des assurances

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

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

Article L114-3 du Code des assurances

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

Information complémentaire

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

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel « [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) ».

Article 2240 du Code civil

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

Article 2241 du Code civil

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

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction in- compétente 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 de- mande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil

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

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une de- mande 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.

## 2.10. Article 10 –PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

### 1. Pourquoi recueillir les données personnelles ?

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

Elles sont également nécessaires à HENNER en tant que souscripteur et délégataire du contrat.

Les données recueillies leur sont nécessaires pour respecter leurs obligations légales, pour gérer l'adhésion au contrat ainsi que les affiliations, mieux connaître « l'assuré » et respecter les obligations légales.

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

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

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

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

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

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

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

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

L'Assureur et HENNER conservent les données :

- Commerciales : au maximum 3 ans après le dernier contact entre le prospect et son intermédiaire d'assurance ;
- Médicales : au maximum 5 ans à partir de leur collecte. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical. Dans le cas d'un client

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

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

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

- Le droit d'opposition, lorsque ses données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à sa relation contractuelle ;
- Le droit d'accès et de rectification, quand il le souhaite ;
- Le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de ses données personnelles est dépassée ;
- Le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à sa relation contractuelle ;
- Le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer les données de « l'assuré » à la personne de son choix, sur simple demande ;
- Le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que « l'assuré » a donné pour l'utilisation commerciale de ses données ;
- Le droit de décider de l'utilisation de ses données personnelles après sa mort. Conservation, communication ou effacement... : « l'assuré » désigne un proche, lui indique sa volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

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

De manière générale, « l'assuré » peut lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de ses données sur le site [allianz.fr](http://allianz.fr) ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « Qui est responsable des données de « l'assuré » ? ».

Enfin, le site de la CNIL le renseignera en détail sur ses droits et tous les aspects légaux liés à ses données personnelles : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

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

Allianz Vie, pour les risques qu'elle couvre :

Société anonyme au capital de 643.054.425 €

340 234 962 RCS Nanterre

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

1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

[www.allianz.fr](http://www.allianz.fr)

Pour le courtage : HENNER, Accès/Rectification des Données à Caractère Personnel, 14 boulevard du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse de messagerie suivante : [dpo@henner.com](mailto:dpo@henner.com)

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

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

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

7. Les contacts

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

HENNER, Accès/Rectification des Données à Caractère Personnel, 14 boulevard du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse de messagerie suivante : [dpo@henner.com](mailto:dpo@henner.com)

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

ANNEXE : MONTANT GARANTIE OBSEQUES INCLUSE DANS LE RÉGIME FRAIS DE SANTE

PRIVILEGES 10	
Formule Santé	Montant Garantie Obsèques
Formule Hospi	Aucune garantie prévue au contrat
Formule 1	Aucune garantie prévue au contrat
Formule 2	500 €
Formule 3	500 €
Formule 4	1 000 €

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

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



Henner, SAS de courtage et de gestion d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739  
Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (consultable sur [www.orias.fr](http://www.orias.fr)) - Relevant du contrôle de l'ACPR - Entre-prise certifiée ISO 9001 par le Bureau Veritas Certification - Siège social : 14 bd du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine - [www.henner.com](http://www.henner.com)



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



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

## GARANTIE INCLUSE DANS VOTRE CONTRAT : L'ASSISTANCE OBSEQUES

Les garanties « Assistance Obsèques » suivent le sort du contrat d'assurance obsèques (délai de rétractation, date d'effet, durée, résiliation, etc.) auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante.

Les garanties d'assistance prennent donc fin dans les cas suivants :

- En cas de décès de l'adhérent personne physique/affilié ;
- En cas de non-paiement de la cotisation obsèques par l'adhérent personne physique/affilié ;
- En cas de rachat ou de réduction du capital du contrat d'assurance obsèques (contrats obsèques vie entière uniquement) ;
- En cas de changement de résidence principale hors de France.
- En cas de résiliation du contrat obsèques par l'adhérent personne physique/affilié ;

### 1. PRÉAMBULE

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

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 122 000 000 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](http://www.orias.fr)) - Relevant du contrôle de l'ACPR (4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr)) - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - [www.henner.com](http://www.henner.com) - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur [www.henner.com](http://www.henner.com), ou par un des partenaires distributeur avec lequel Henner a signé une convention de partenariat.

Pour toute demande d'assistance, contactez IMA Assurances

N° de téléphone

**01 70 95 37 44**

ou +33 1 70 95 37 44 **depuis l'étranger**

Munissez-vous de votre numéro d'adhérent Henner

## 2. DEFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la **notice d'information**, entendus avec les acceptions suivantes :

### ADHERENT

Personne physique ou morale ayant adhéré aux garanties « Assistance Obsèques » auprès de HENNER.

### ADHESION

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

### AFFILIE

Salarié ou membre **d'une** personne morale adhérente aux garanties « Assistance Obsèques », déclaré auprès de HENNER.

### BENEFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

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

### 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

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

### FRANCE

**France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre), les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte), dans les collectivités d'outre-mer (Polynésie Française, Saint Barthélemy, Saint-Martin), et en Nouvelle Calédonie.**

### PROCHE

Conjoint de droit ou de fait, ascendants directs ou descendants directs, frères, **sœurs**, beau-père, belle-mère, gendre, belle-fille, beau-frère ou belle-sœur.

### 3. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

01 70 95 37 44 OU +33 1 70 95 37 44 **depuis l'étranger**

#### Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre), en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte) et dans les collectivités d'outre-mer (Polynésie Française, Saint Barthélemy, Saint-Martin), et en Nouvelle Calédonie.

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

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

#### Pièces justificatives

**IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat de décès, ...).**

### 4. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE

#### 4.1. FAITS GENERATEURS

Les garanties d'assistance s'appliquent :

- dès la souscription,
- en cas de décès,
- **en cas d'événement** ressenti comme traumatisant,

Dans les conditions spécifiées à chaque article.

#### 4.2. INTERVENTION

##### 4.2.1. 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 6.1, 8.1 à 8.3 doit être exercée au plus tard dans les 15 jours qui suivent le décès. Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.**

##### 4.2.2. 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.

**Les garanties s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement.**

IMA ASSURANCES ne peut intervenir que 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.

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.

**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.

Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'évènement donnant lieu à l'intervention d'IMA assurances **restent à sa charge (titre de transport, repas ...).**

**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.

### 5. GARANTIES ACCESSIBLES DES LA SOUSCRIPTION

#### 5.1. 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, concernant le périmètre des droits sociaux sur les thèmes de la vie quotidienne, **du handicap, de la dépendance... : aides à domicile (avantages / inconvénients des modes d'intervention), aides financières, informations** démarches, orientation, aide à la décision...

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

#### 5.2. INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA ASSURANCES met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi, hors jours fériés, un service téléphonique d'**information juridique** pour apporter des réponses en matière de droit français dans les domaines suivants :

- dispositions à prendre en cas de décès
- cérémonie, convoi
- conservation, transport de corps, prélèvements, dons d'organe
- inhumation, crémation
- succession
- fiscalité
- **vente de biens immobiliers...**

#### 5.3. INFORMATIONS MEDICALES

Une équipe médicale peut fournir des informations médicales **pour un déplacement à l'étranger, dans le cadre :**

- *De la préparation du voyage (attitudes préventives, vaccinations obligatoires et conseillées)*
- *Pendant le voyage (choix d'établissement hospitalier)*
- *Au retour du voyage (tout événement médical survenant dans les suites immédiates)*

Les informations médicales données ne peuvent en aucun cas être considérées comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

#### 5.4. RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

Des renseignements pratiques, de caractère général, relatifs à l'organisation des voyages (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques, risques sécuritaires alimentaires...) ou sur les pays à traverser peuvent être communiqués.

### 6. GARANTIES DE SOUTIEN AUX PROCHES

#### 6.1. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS OU DES PETITS-ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'AGE)

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

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<sup>ère</sup> 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<sup>ère</sup> 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.

### 7. GARANTIES EN CAS D'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT

#### 7.1. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

*En cas d'événement ressenti comme traumatisant par un bénéficiaire*

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/24, 7/7J par téléphone à une plateforme de psychologues cliniciens pour le proche.

### 8. GARANTIES EN CAS DE DÉPLACEMENT

#### 8.1. RAPATRIEMENT DE CORPS

*En cas de décès de l'adhérent personne physique/affilié, de son conjoint ou d'un enfant à plus de 50 km du domicile et lors d'un déplacement d'une durée inférieure à 90 jours*

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport du corps.

Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France métropolitaine, si le domicile de l'adhérent personne physique/affilié est situé en France métropolitaine, ou dans le département ou la collectivité d'outremer, si le domicile de l'adhérent personne physique/affilié est situé en outre-mer. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille.

#### 8.2. RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS DU BÉNÉFICIAIRE DÉCÈDE

*En cas de décès de l'adhérent personne physique/affilié, de son conjoint ou d'un enfant à plus de 50 km du domicile et lors d'un déplacement d'une durée inférieure à 90 jours*

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport des autres bénéficiaires par le moyen le plus approprié, dès lors que ceux-ci ne peuvent utiliser les moyens prévus pour leur retour au domicile.

#### 8.3. RETOUR ANTICIPE EN CAS DE DÉCÈS D'UN PROCHE

*En cas de décès d'un proche lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile et lors d'un déplacement d'une durée inférieure à 90 jours*

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'acheminement, sur le lieu d'inhumation ou d'obsèques en France, d'un bénéficiaire en déplacement à hauteur d'un billet retour (train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique) ainsi que le taxi de liaison.

Le retour vers le lieu de séjour si nécessaire pourra être également effectué.

Les mêmes dispositions sont applicables sur décision du Service Médical de IMA ASSURANCES en cas d'attente d'un décès imminent et inéluctable.

#### 8.4. FRAIS DE JUSTICE À L'ÉTRANGER

*En cas d'accident, de vol, de dommages ou de tout autre préjudice subi au cours du séjour ou du voyage*

IMA ASSURANCES prend en charge, dans la limite de 1 000€, les honoraires d'avocat et/ou frais de justice que le bénéficiaire peut être amené à supporter à l'occasion d'une action en défense ou recours devant une juridiction étrangère.

## 8.5. CAUTION PENALE A L'ETRANGER

*En cas d'incarcération du Bénéficiaire ou lorsque celui-ci est menacé de l'être*

IMA ASSURANCES effectue le dépôt des cautions pénales, civiles ou douanières, dans la limite de 8 000€, en cas d'incarcération du bénéficiaire ou lorsque celui-ci est menacé de l'être.

Ce dépôt de caution a le caractère d'une avance. Il est consenti contre reconnaissance de dette et remboursable par le bénéficiaire dans le délai d'un mois suivant le retour à son domicile.

## 9. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

### 9.1. 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.

### 9.2. 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.

### 9.3. 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 déchargée de toute obligation. En aucun cas, IMA ASSURANCES ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

### 9.4. EXCLUSIONS

**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 preuve de l'exclusion incombe à IMA ASSURANCES.**

## 10. VIE DU CONTRAT

### 10.1. DUREE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité de l'adhésion aux garanties « Assistance obsèques » auprès de HENNER.

### 10.2. COTISATIONS

Les garanties « Assistance Obsèques » sont accordées moyennant le versement des cotisations pendant toute la durée de l'adhésion. Les cotisations peuvent à chaque échéance annuelle, évoluer en fonction des résultats techniques ou des évolutions légales et réglementaires. Le cas échéant le taux d'augmentation des cotisations sera communiqué à l'adhérent deux mois avant l'échéance annuelle du contrat.

### 10.3. RESILIATION

Les garanties d'« Assistance obsèques » 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.

#### 10.4. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la **notice d'information d'assistance** obsèques 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.

#### 10.5. 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 caractères 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 notice d'information 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 informatiques, les organismes externes en charge de l'exécution 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](mailto: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.

## 10.6. 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](http://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 maximum.

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](http://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](http://www.orias.fr)) - Relevant du contrôle de l'ACPR (4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr)) - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - [www.henner.com](http://www.henner.com) - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur [www.henner.com](http://www.henner.com).

Crédit photos : © GettyImages. 11/2022

