

# Information et Conseil

## Article L. 520-1 du code des assurances

Les informations suivantes que nous vous invitons à lire attentivement concernent votre contrat d'assurance Cocoon Assurance Santé. Ces informations vous renseignent sur l'identité de l'assureur, de l'assisteuse, de l'intermédiaire, ainsi que sur certains éléments essentiels du contrat d'assurance sur lesquels nous souhaitons attirer votre attention. Il est important de lire intégralement la Notice d'information du contrat d'assurance réf. NI CAS A040 F, ainsi que le contrat d'assistance réf. F 17 S 0505 valant information précontractuelle et contractuelle (articles L 112-2 et L 112-2-1 du code des assurances), et de poser toutes vos questions en appelant le 02 98 76 92 60 afin de vous assurer que le contrat d'assurance est en adéquation avec votre situation financière et vos besoins personnels.

### ■ À qui s'adresse le contrat d'assurance Cocoon Assurance Santé ?

Cocoon Assurance Santé s'adresse aux personnes physiques qui, à la date d'adhésion, sont âgées de 18 ans au minimum, sont assujetties à un régime d'assurance maladie obligatoire en vigueur en France métropolitaine et souhaitent bénéficier d'un contrat de frais de santé.

### ■ Le contrat d'assurance Cocoon Assurance Santé

Cocoon Assurance Santé a pour objet d'accorder un complément aux prestations en nature versées par un régime obligatoire d'assurance maladie en France métropolitaine, ou, dans les cas expressément énumérés dans le tableau des garanties, les dépenses de santé médicalement prescrites ou non en fonction de la formule choisie et de bénéficier des prestations d'assistance prévues dans le cadre du contrat, dans les limites et conditions précisées lors de votre souscription. Le remboursement est garanti pour les frais médicaux exposés durant la période de validité de l'adhésion en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Dans la limite de la dépense réelle, ce remboursement correspond soit à la différence entre le pourcentage du tarif retenu par le régime obligatoire et son remboursement, soit à un montant forfaitaire, selon les modalités décrites dans le tableau des garanties. Cocoon Assurance Santé a également pour objet la prise en charge de prestations d'assistance décrites dans la partie « Vos prestations d'assistance » de la Notice d'information.

### Conditions, prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion prend effet à compter de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Vous adhérez au contrat à partir de la date de prise d'effet de votre adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours, puis votre contrat se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations et du respect des conditions d'adhésion.

### Résiliation, cessation de l'adhésion

Vous pouvez mettre fin à l'adhésion, moyennant préavis de 2 mois, à la date anniversaire de votre adhésion, c'est-à-dire à l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance), puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier. Vous pouvez résilier par tout moyen écrit à votre convenance et justifiable par vos soins à l'attention de Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex. La résiliation prendra effet un mois après la date de notification à l'assureur ou à une échéance ultérieure si vous la précisez. L'assurance prend également fin à l'égard de tous les bénéficiaires indiqués sur le certificat d'adhésion en cas de non-paiement de la cotisation (se reporter à l'article 6.3 de la Notice d'information « Non paiement des cotisations »), et à l'échéance annuelle de l'adhésion, sauf disposition contraire indiquée dans le certificat

d'adhésion, en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat cadre.

### ■ Cotisation

Le montant de la cotisation et sa périodicité de paiement figurent sur le certificat d'adhésion. Les modalités qui s'y rapportent sont indiquées à l'article 6 de la Notice d'information « Les cotisations ».

### ■ Faculté de renonciation

Vous disposez d'une faculté de renonciation d'une durée de 30 jours à compter de la date d'adhésion au contrat à condition que vous n'ayez pas déclaré de sinistre entre temps.

Afin de renoncer à l'adhésion, il convient de nous adresser à l'attention de Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception suivant le modèle ci-dessous : « *Je soussigné(e) M (Mme)..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°A040 F que j'ai signé le ....../....../....(date) à ..... (lieu d'adhésion). Le..... (date et signature).* »

### ■ Information concernant l'Assureur

CNP Assurances, société anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - entreprise régie par le code des assurances dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry, 75716 PARIS cedex 15, ci-après dénommée « l'Assureur ».

### ■ Information concernant l'Assisteuse

Filiasistance, Société Anonyme au capital de 3 500 000 €, régie par le code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD.

### ■ Information concernant l'Intermédiaire

Coverlife - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12, rue de Kerogan - 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.orias.fr - Agissant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

### ■ En cas de réclamation

Toute réclamation concernant l'assureur ou le contrat d'assurance peut être adressée à **La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS cedex 09**.

Toute réclamation concernant l'intermédiaire peut être adressée à **Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex**.

Toute réclamation concernant l'assisteuse ou les prestations d'assistance peut être adressée **Filiasistance, 108 Bureaux de la Colline 92210 SAINT-CLOUD**.

# ASSURANCE SANTÉ

## Notice d'information réf. 2018NI020001

### Notice d'information relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de frais de soins de santé n° A040 F

Cette Notice d'information est destinée aux Adhérents relevant du Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de Frais de soins de santé n° A040 F souscrit par Coverlife, ci-après dénommé le « Souscripteur » auprès de CNP Assurances. Elle en présente les Conditions Générales et Particulières.

#### SOMMAIRE

<b>I - Principes généraux du contrat ..... 1</b>	Art. 18 - Définitions des prestations ..... 8
Art. 1 - Objet du contrat ..... 1	Art. 19 - Risques exclus ..... 9
Art. 2 - Intervenants du contrat ..... 2	Art. 20 - Paiement des sommes garanties et pièces justificatives à fournir ..... 9
Art. 3 - Définitions ..... 2	<b>III - Dispositions afférentes aux cotisations.....10</b>
Art. 4 - Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance ..... 3	Art. 21 - Taux et paiement des cotisations..... 10
Art. 5 - Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat ..... 3	Art. 22 - Défaut de paiement des cotisations..... 10
Art. 6 - Modification et révision du contrat..... 3	<b>IV - Divers.....10</b>
Art. 7 - Population assurable.....3	Art. 23 - Notice d'information..... 10
Art. 8 - Adhésion - affiliation .....4	Art. 24 - Territorialité du contrat..... 10
Art. 9 - Définition des garanties et des prestations.....6	Art. 25 - Renseignements - Réclamations - Médiation... 11
Art. 10 - Prise d'effet des garanties ..... 6	Art. 26 - Autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances..... 11
Art. 11 - Modification des garanties.....6	Art. 27 - Prescription ..... 11
Art. 12 - Mise en oeuvre des garanties.....7	Art. 28 - Lutte anti-blanchiment..... 11
Art. 13 - Cessation des garanties ..... 7	<b>Annexe - Tableau des garanties.....12</b>
Art. 14 - Conséquences de la cessation des garanties.....7	<b>Vos prestations d'assistance ..... 14</b>
Art. 15 - Caractère indemnitaire - assurances cumulatives - subrogation ..... 7	A - Cadre des garanties..... 1
<b>II - Garantie Frais de soins de santé ..... 7</b>	B - Généralités ..... 1
Art. 16 - Objet.....7	C - Détail des prestations d'Assistance santé garanties ..... 5
Art. 17 - Contrat solidaire et responsable ..... 8	

#### ■ I - PRINCIPES GÉNÉRAUX DU CONTRAT

##### ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT

Le Contrat n° A040 F relatif à la présente Notice d'information a pour objet de proposer une couverture de frais de soins de santé au profit du groupe assurable répondant aux conditions prévues à l'article 7 de la présente Notice d'information.

Il est souscrit par Coverlife, ci-après dénommé « le Souscripteur », auprès de CNP Assurances, ci-après dénommée « l'Assureur » et ensemble, « les Parties ».

Ce Contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative et relève des branches 1.Accidents et 2.Maladie de l'article R 321-1 du code des assurances.

Le Contrat, objet de la présente Notice d'information, est constitué de ses Conditions générales, de leurs avenants le cas échéant, du Bulletin d'adhésion, du Certificat d'adhésion valant Conditions particulières, de la Notice d'information et de la Convention de preuve le cas échéant, dénommés ensemble « dispositions contractuelles ». Il est régi par le code des assurances et la réglementation en vigueur.

## ARTICLE 2. INTERVENANTS AU CONTRAT

L'assureur est CNP Assurances, société anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - entreprise régie par le code des assurances dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS cedex 15, ci-après dénommée « l'Assureur ».

Le souscripteur du Contrat, objet de la présente Notice d'information, est Coverlife, SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan - 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.orias.fr. La gestion du Contrat, objet de la présente Notice d'information, est confiée à Génération, dont le siège social est 12 bis, rue de Kerogan 29000 QUIMPER - Société par Actions Simplifiée au capital de 102 766,40 € - RCS Quimper 410 069 066 - N° Orias : 07000842 - www.orias.fr -, ci-après dénommé le « Gestionnaire ».

## ARTICLE 3. DÉFINITIONS

**Adhérent** : personne physique répondant aux conditions prévues à l'article 7 de la présente Notice d'information, ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au Contrat d'assurance N°A040 F de groupe, pour laquelle les garanties n'ont pas encore pris effet.

### Assuré

- L'Adhérent
- L'ensemble des ayants droit de l'Adhérent, le cas échéant, bénéficiant des garanties du Contrat, objet de la présente Notice d'information

**Assureur** : CNP Assurances, société anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré, ayant son siège social 4, Place Raoul Dautry à PARIS 15ème, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le n°341 737 062.

**Attestation Vitale** : document joint à la Carte Vitale. Cette attestation est à conserver et à présenter avec la Carte Vitale.

**Ayants droit** : sont considérés, au titre du Contrat objet de la présente Notice d'information, comme Ayants droit de l'Adhérent :

- Le conjoint de l'Adhérent, son partenaire auquel il est lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) ou son concubin ;
- Les enfants de l'adhérent, ceux de son conjoint ou de son partenaire auquel il est lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) ou de son concubin lorsqu'ils entrent en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts au foyer fiscal de l'Adhérent. Par assimilation, est considéré à charge tout enfant recevant de l'Assuré une pension alimentaire en application d'une décision de justice.

Les Ayants droit peuvent être assurés au titre du Contrat objet de la présente Notice d'information tant que l'Adhérent est lui-même assuré et qu'ils remplissent les conditions ci-dessus.

Les Ayants droit doivent relever du régime obligatoire de l'Adhérent. En cas de régime obligatoire différent, l'Ayant droit doit souscrire un contrat distinct relevant de son propre régime obligatoire.

**Base de Remboursement (BR)** : assiette servant de base de calcul aux prestations en nature du Régime d'assurance maladie.

**Concubin** : personne vivant en couple avec l'Adhérent dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune

présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du code civil).

**Conjoint** : personne mariée à l'Assuré, non séparée de corps par un jugement définitif.

**Gestionnaire** : Génération - 12 bis de Kerogan 29000 QUIMPER.

**Médecin traitant** : médecin choisi par l'Assuré âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins tel qu'indiqué à son régime d'assurance maladie obligatoire, dans le cadre de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie.

**Médecin correspondant** : généraliste ou spécialiste vers lequel le patient est orienté par son médecin traitant.

**Montant Remboursé (MR)** : base de remboursement du Régime d'assurance maladie (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par celui-ci.

**Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)** : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L 162-5 du code de la Sécurité sociale - OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) / Option pratique tarifaire maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM CO)). L'OPTAM est un dispositif à destination des médecins du secteur 2 (honoraires libres) et de certains médecins de secteur 1 qui a pour objectif de favoriser l'accès des patients à des tarifs opposables (tarifs Sécurité sociale) et réduire leur reste à charge. Le contrat OPTAM permet l'accès aux soins pour les patients en permettant que ceux-ci soient mieux remboursés. Il existe également une déclinaison de l'OPTAM : l'OPTAM CO réservée aux chirurgiens et aux obstétriciens. Le praticien y souscrivant bénéficie d'une revalorisation des actes réalisés.

**Parcours de soins coordonnés** : mode d'accès aux soins prévoyant, pour le patient, un recours quasi systématique à son médecin traitant à chaque problème de santé, notamment avant toute consultation d'un médecin spécialiste, sauf exceptions notifiées par le Régime d'assurance maladie telles que : ophtalmologues, gynécologues, psychiatres, neuropsychiatres, stomatologues.

**Partenaire de PACS** : personne avec laquelle l'Assuré a conclu un Pacte civil de solidarité (PACS). Il s'agit d'un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil). Le Pacte civil de solidarité ne doit pas avoir été rompu au moment du décès de l'Assuré.

**Régime d'assurance maladie** : régime d'assurance maladie obligatoire auquel l'Assuré est assujéti, couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

**Souscripteur** : Coverlife - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.orias.fr

**Tarif d'Autorité (TA)** : tarif forfaitaire permettant de calculer le remboursement du Régime d'assurance maladie pour les soins des professionnels non-conventionnés.

**Ticket modérateur** : part des frais de soins de santé non remboursée par le Régime d'assurance maladie égale à la différence entre la Base de Remboursement (BR) et le Montant Remboursé (MR).

## **ARTICLE 4. INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE**

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

- Le Contrat n° A040F , objet de la présente Notice d'information, est assuré par CNP Assurances - Société Anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.
- Le Contrat n° A040F W, objet de la présente Notice d'information, est souscrit par Coverlife - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.oriass.fr
- Le Contrat n° A04F0 W, objet de la présente Notice d'information, est géré par Génération, dont le siège social est 12 bis, rue de Kerogan 29000 QUIMPER - Société par Actions Simplifiée - RCS Quimper 410 069 066 - N°Orias : 07000842 - www.oriass.fr, ci-après dénommé « le Gestionnaire ».
- L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout - 75009 Paris est chargée du contrôle de CNP Assurances.
- Le montant de cotisation est indiqué sur le Bulletin d'adhésion au Contrat objet de la présente Notice d'information.
- La durée de l'adhésion est mentionnée aux articles 8.1.3 et 8.2.3 de la présente Notice d'information. La cessation de l'adhésion est mentionnée aux articles 8.1.5 et 8.2.4 de la présente Notice d'information.
- Les garanties de l'adhésion sont mentionnées au « II - GARANTIE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ ».
- Les exclusions du Contrat n° A040 W, objet de la présente Notice d'information, sont précisées aux articles 18 et 19 de la présente Notice d'information.
- L'offre contractuelle définie dans la présente Notice d'information est valable jusqu'au 31 décembre de l'année d'envoi de la présente Notice d'information.
- L'adhésion est annuelle et renouvelable par tacite reconduction conformément à l'article 8.1.3 de la présente Notice d'information, sauf cas de cessation de l'adhésion mentionnée à l'article 8.1.5 de la présente Notice d'information.
- L'adhésion au Contrat n° A040F W, objet de la présente Notice d'information, s'effectue selon les modalités décrites à l'article 8.1.1 de la présente Notice d'information.
- Les modalités de versement des cotisations sont indiquées à l'article 21.3 de la présente Notice d'information. Le paiement de la première cotisation s'effectue par débit d'un compte au nom de l'Adhèrent ouvert auprès d'un établissement financier établi dans un état membre de l'Union européenne ou dans un état partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
- Les frais afférents à la vente à distance - coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de port liés à l'envoi des documents contractuels par l'Assuré - sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues aux articles 8.1.4 et suivants de la présente Notice d'information.
- Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, le Souscripteur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et le Souscripteur utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 25 de la présente Notice d'information.
- Il existe un fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23.01.90).
- L'Adhèrent a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui lui permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels il n'a pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

## **ARTICLE 5. PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT**

Le Contrat objet de la présente Notice d'information prend effet à la date indiquée sur votre certificat d'adhésion, jusqu'au 31 décembre suivant.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1er janvier, sauf résiliation par l'une ou l'autre des Parties, par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux (2) mois avant cette date.

## **ARTICLE 6. MODIFICATION ET RÉVISION DU CONTRAT**

### **Article 6.1. MODIFICATION DU CONTRAT**

Les Parties ont la possibilité de modifier le Contrat objet de la présente Notice d'information, ces modifications faisant l'objet d'un avenant signé des Parties.

### **Article 6.2. RÉVISION DU CONTRAT**

Une révision, globale ou partielle, du Contrat objet de la présente Notice d'information peut intervenir si le contexte juridique, fiscal ou social vient à en modifier les conditions d'application.

Toute révision du Contrat objet de la présente Notice d'information qui résulte de l'application impérative d'un texte législatif ou réglementaire s'impose aux Parties et sera donc portée au Contrat objet de la présente Notice d'information par voie d'avenant, sauf résiliation par l'une ou l'autre des Parties conformément à l'article 5 de la présente Notice d'information.

### **Article 6.3. RÉVISION DU CONTRAT**

Le Souscripteur est tenu d'informer tous les Adhérents au moins 2 mois avant l'entrée en vigueur de ces modifications et de conserver la preuve de cette information.

L'Adhèrent est chargé d'en informer ses Ayants droit dûment affiliés, le cas échéant.

Sauf disposition légale contraire, les modifications apportées aux droits et obligations des Assurés prennent effet le 1er janvier suivant la date de signature de l'avenant.

L'Adhèrent peut dénoncer son Adhésion en raison de ces modifications conformément à l'article 8.1.3 de la présente Notice d'information.

## **ARTICLE 7. POPULATION ASSURABLE**

Peuvent adhérer au Contrat objet de la présente Notice d'information les personnes physiques majeures qui remplissent impérativement les conditions suivantes :

- Être résident fiscal français ;
- Justifier auprès du Souscripteur, à l'Adhésion et chaque année ensuite, être à jour du paiement des cotisations dues au titre

des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse par la production d'une attestation délivrée par les caisses concernées ;

- Ne pas exercer exclusivement une activité professionnelle dans la fonction publique (d'État, territoriale, hospitalière),
- Être salarié ;
- Être âgé de moins de 76 ans à la date de signature de la demande d'adhésion.

L'Adhérent peut affilier un ou plusieurs Ayant(s) droit ou le(s) radié selon les dispositions prévues à l'article 8.2.4 de la présente Notice d'information.

## ARTICLE 8. ADHÉSION - AFFILIATION

### Article 8.1. ADHÉSION

#### Article 8.1.1. FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion au Contrat n° A040 F est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur.

Les formalités d'Adhésion sont obligatoires.

Lors de l'Adhésion, le candidat à l'assurance complète, date et signe un Bulletin d'adhésion.

Le Bulletin d'adhésion doit être accompagné des pièces justificatives suivantes :

- Une copie d'attestation Vitale d'ouverture des droits auprès d'un Régime d'assurance maladie ;
- Une copie d'attestation des caisses des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse justifiant du paiement des cotisations dues ;
- Une copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité ;
- Un Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'Adhérent pour le paiement des prestations ;
- Un mandat de prélèvement SEPA accompagné du Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'Adhérent pour le prélèvement des cotisations.

Les éléments et les formalités d'adhésion peuvent être recueillis :

- Par téléphone : 02 98 76 92 60
- Par internet : sur le site <https://www.docusign/fr/>
- Par email : [santé@cocoon.fr](mailto:santé@cocoon.fr)
- Par voie postale : Cocoon Assurance - 4 rue Bertheaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex

et transmis :

- Par internet : sur le site <https://www.docusign/fr/>
- Par email : [santé@cocoon.fr](mailto:santé@cocoon.fr)
- Par voie postale : Cocoon Assurance - 4 rue Bertheaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex

L'Adhérent est tenu d'informer l'Assureur, par écrit, dans un délai de quinze (15) jours à partir du moment où il en a eu connaissance, de tout évènement susceptible de modifier les conditions initiales d'assurance, soit notamment :

- Le changement de profession,
- Le changement de situation matrimoniale,
- Le changement d'adresse,
- L'acquisition de la CMU (article L 861-3 du code de la Sécurité sociale)
- L'adhésion à une complémentaire, si l'adhérent bénéficie de

l'ACS.

**Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de la part de l'Adhérent et/ou de l'Ayant droit entraîne, quelle que soit la garantie mise en jeu, la nullité de la couverture de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit ou la réduction des garanties, conformément aux articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances.**

#### Modalités d'adhésion par voie électronique

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements fournis par vos soins en réponse à notre questionnaire visant à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer.

L'ensemble des renseignements fournis en réponse à notre questionnaire donne lieu à l'établissement d'une proposition d'assurance.

À chaque étape qui précède la signature en ligne de l'adhésion, vous disposez de la possibilité de modifier les éléments saisis ou d'abandonner la procédure.

Après avoir pris connaissance des dispositions contractuelles, la proposition d'adhésion à l'assurance est validée par vos soins au moyen de la signature électronique. La signature électronique est un élément indispensable pour la validité de l'adhésion. Elle se matérialise dans le pavé acceptation par la validation des cases à cocher et du clic sur le bouton « Confirmer ».

Dès validation de votre adhésion, le certificat d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'assureur et comporte le numéro de votre adhésion est émis. Un e-mail de confirmation vous est adressé par le souscripteur et vous pourrez consulter votre certificat dans votre espace personnel.

La signature électronique permet de garantir l'authenticité et l'intégrité des informations fournies à l'adhérent (proposition, notice d'information, certificat d'adhésion). En cas de contestation, ces informations ont seules valeur probante.

#### Consultation et archivage des documents

Chaque document contractuel mis à votre disposition lors de l'adhésion peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format Pdf sur le disque dur de votre ordinateur. Par ailleurs, les documents contractuels seront archivés sur un support fiable et durable. Ces documents sont accessibles à tout moment dans votre espace personnel, pendant un délai conforme aux exigences légales.

#### Convention de preuve

Les données fournies par l'utilisateur de ce site Internet ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit. Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve devant la juridiction compétente en cas de litige entre les parties.

Les parties acceptent que les données stockées et archivées par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur.

L'éditeur du site et l'hébergeur déclinent toute responsabilité en cas de dysfonctionnement pouvant résulter de l'utilisation de l'équipement personnel de l'utilisateur pour accéder aux différents services, de faits propres aux fournisseurs d'accès ou d'un cas de force majeure. Il vous appartient d'assurer la sécurité de votre ordinateur. Lorsque vous accédez au site Internet, vérifiez soigneusement l'adresse affichée par votre navigateur Internet, vérifiez la dernière connexion, déconnectez-vous après chaque utilisation, ne cliquez jamais sur un lien contenu dans

un e-mail non sollicité, supprimez les e-mails douteux sans les ouvrir.

### Article 8.1.2. CERTIFICAT D'ADHÉSION

Après réception du Bulletin d'adhésion et de l'ensemble des pièces justificatives, l'Assureur adresse à l'Adhérent un Certificat d'adhésion, qui indique :

- La date de conclusion de son Adhésion ;
- Son niveau de garanties, tel que choisi par lui ;
- Le cas échéant, ses Ayants droit affiliés ;
- Le montant de la cotisation.

### Article 8.1.3. DATE DE CONCLUSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'Adhésion est conclue à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation et au plus tôt le premier jour du mois civil suivant la réception du Bulletin d'adhésion par l'Assureur.

L'Adhésion se termine le 31 décembre suivant et se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque 1er janvier, sauf dénonciation par l'Adhérent, par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux (2) mois avant cette date, à l'adresse suivante :

**Cocoon Assurance**  
4, rue Berteaux Dumas - CS 50075  
92522 NEUILLY-SUR-SEINE

### Article 8.1.4. RENONCIATION

#### Article 8.1.4.1. DÉLAI DE RENONCIATION

Quel que soit le mode de commercialisation (vente par démarchage ou vente à distance ou vente en face à face), **l'Adhérent bénéficie à titre contractuel d'un délai de renoncement de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'Adhésion.**

Pendant cette période de trente (30) jours, aucune cotisation n'est due, et les garanties ne prennent pas effet. **Un sinistre survenant pendant cette période ne donne donc pas lieu à prise en charge.**

L'Adhérent a toutefois la possibilité de demander, lors de son Adhésion, la mise en œuvre immédiate de la garantie. Dans cette hypothèse, et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, la garantie prend effet à la date de conclusion de l'Adhésion, l'Assuré conservant malgré tout et **sauf survenance d'un sinistre couvert pendant le délai de trente (30) jours, la possibilité de renoncer à son Adhésion dans le délai et les conditions prévus au présent article.**

#### Article 8.1.4.2. MODALITÉS DE RENONCIATION

Pour exercer son droit à renoncement, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant : « *Je soussigné(e) M (Mme)..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n°A040 que j'ai signé le .../.../.... à ..... (Lieu d'adhésion).  
Le ..... (Date et signature) ».*

La lettre recommandée est à envoyer à l'adresse suivante :

**Cocoon Assurance**  
4, rue Berteaux Dumas - CS 50075  
92522 NEUILLY-SUR-SEINE

#### Article 8.1.4.3. EFFETS DE LA RENONCIATION

L'Assureur procède alors au remboursement sur le compte bancaire ouvert au nom de l'Adhérent de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de trente (30) jours calendaires

à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception.

Les effets sur l'Adhésion au Contrat d'assurance varient en fonction de son mode de commercialisation :

- Si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face, l'Adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur de la lettre de renoncement en recommandé avec avis de réception.
- Si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'Adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renoncement en recommandé avec avis de réception. L'Adhérent reste cependant tenu au paiement intégral de la cotisation annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renoncement.

### Article 8.1.5. CESSATION DE L'ADHÉSION

L'Adhésion cesse :

- En cas de renoncement dans les conditions visées à l'article 8.1.4 de la présente Notice d'information,
- En cas de dénonciation de l'Adhésion à l'échéance annuelle dans les conditions décrites à l'article 8.1.3 de la présente Notice d'information,
- À la date d'effet de la résiliation du Contrat objet de la présente Notice d'information,
- À la date à partir de laquelle l'Adhérent ne remplit plus les conditions visées à l'article 7 de la présente Notice d'information,
- Au 1er jour du mois qui suit la demande de dénonciation de l'Adhérent justifiant du bénéfice de la CMUC ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé,
- En cas de non-paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article 22 de la présente Notice d'information,
- Au jour du décès de l'Adhérent.

**La cessation de l'Adhésion emporte cessation de l'Affiliation des éventuels Ayants droit. L'Adhérent est chargé d'en informer ses Ayants droit, le cas échéant.**

### Article 8.2. AFFILIATION

#### Article 8.2.1. AYANTS DROIT POUVANT ÊTRE AFFILIÉS

Peuvent être affiliés au titre du Contrat objet de la présente Notice d'information, les Ayants droit de l'Adhérent, tels que définis à l'article 3 de la présente Notice d'information.

**Les Ayants droit doivent relever du régime obligatoire de l'Adhérent. En cas de régime obligatoire différent, l'Ayant droit doit souscrire un contrat distinct relevant de son propre régime obligatoire.**

#### Article 8.2.2. FORMALITÉS D'AFFILIATION

Pour affilier ses Ayants droit au Contrat objet de la présente Notice d'information, l'Adhérent indique sur le Bulletin d'adhésion leur nom de naissance, prénom, date de naissance, sexe, numéro d'affiliation au Régime d'assurance maladie, et le régime obligatoire de rattachement.

Pour les Affiliations ultérieures, l'Adhérent adresse à l'Assureur sa demande d'Affiliation sur papier libre avec les mêmes informations.

Les enfants de l'Adhérent nés postérieurement à sa demande d'adhésion sont admis dès leur naissance au Contrat, sous réserve que la demande d'affiliation soit faite dans les trois (3)

mois qui suivent leur naissance. A défaut, leur adhésion prendra effet à la date de demande d'adhésion.

En tout état de cause, la demande d'Affiliation doit être accompagnée des justificatifs suivants :

#### Conjoint

- Une photocopie du livret de famille ou de l'acte de mariage
- Une copie de l'attestation d'ouverture des droits auprès d'un Régime d'assurance maladie

#### Partenaire de PACS

- Une attestation du pacte civil de solidarité établie par le tribunal d'instance ou par un notaire, ou une copie intégrale de l'acte de naissance
- Une copie de l'attestation d'ouverture des droits auprès d'un Régime d'assurance maladie

#### Concubin

- Une facture aux deux noms, justificatif du domicile commun
- Une copie de l'attestation d'ouverture des droits auprès d'un Régime d'assurance maladie

#### Enfant de plus de 20 ans à charge fiscalement

- Une copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'Adhérent (chaque année)
- Une attestation sur l'honneur « enfant à charge » (chaque année)
- Une copie de l'attestation d'ouverture des droits auprès d'un Régime d'assurance maladie (chaque année)

#### Enfant handicapé à charge

- Une attestation de bénéfice d'une allocation handicap mentionnant la date de reconnaissance du handicap
- Une copie de l'attestation d'ouverture des droits auprès d'un Régime d'assurance maladie

L'Adhérent doit également adresser une copie de l'Attestation Vitale de ses Ayants droit, si ces derniers ne figurent pas sur sa propre Attestation Vitale.

L'Adhérent et ses Ayants droit ne peuvent être assurés qu'au titre d'une seule Adhésion. Chacun a alors la qualité d'Assuré.

Seuls les Ayants droit dûment déclarés auprès de l'Assureur, dans les conditions fixées ci-dessus, peuvent avoir la qualité d'Assuré au titre du Contrat objet de la présente Notice d'information.

**Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de la part de l'Adhérent et/ou de l'Ayant droit entraîne, quelle que soit la garantie mise en jeu, la nullité de la couverture de l'Adhérent et de ses éventuels Ayants droit ou la réduction des garanties, conformément aux articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances.**

#### Article 8.2.3. DATE DE CONCLUSION DE L'AFFILIATION

La date de conclusion de l'Affiliation est :

- Soit la date de conclusion de l'Adhésion, telle que définie à l'article 8.1.3 de la présente Notice d'information, si la demande d'Affiliation au Contrat objet de la présente Notice d'information est formulée en même temps
- Soit la date figurant sur le nouveau Certificat d'adhésion émis suite à la demande d'Affiliation, si celle-ci survient postérieurement à l'Adhésion au Contrat objet de la présente

#### Notice d'information

La date retenue est celle du 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la demande, sauf en cas de mariage ou de naissance / adoption déclaré dans les deux (2) mois qui suivent leur survenance ; dans cette hypothèse, c'est la date de l'évènement qui sera retenue.

L'Affiliation se termine le 31 décembre suivant sa conclusion, elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction, sauf cas de cessation prévus à l'article 8.2.4 de la présente Notice d'information.

Pour les enfants de plus de 20 ans et les enfants handicapés à charge, les justificatifs visés à l'article 8.2.2 de la présente Notice d'information doivent être fournis chaque année.

#### Article 8.2.4. CESSATION DE L'AFFILIATION

L'Affiliation cesse dans les mêmes cas que ceux visés à l'article 8.1.5 de la présente Notice d'information.

Outre ces cas, l'Affiliation cesse également :

- A la date à laquelle l'Ayant droit ne répond plus à la définition de l'Ayant droit mentionnée à l'article 3 de la présente Notice d'information ;
- Au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la demande de radiation de l'Adhérent qui justifie que l'Ayant droit bénéficie de la CMUC ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ;
- Au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit l'envoi, le cachet de la Poste faisant foi, de la demande de radiation de l'Affiliation par l'Adhérent. Seul l'Adhérent peut demander la radiation d'un ou plusieurs Ayants droit. Pour ce faire, l'Adhérent informe l'Assureur par courrier. En tout état de cause, l'Adhérent est en charge d'informer son Ayant droit de cette radiation ;
- Au jour du décès de l'Ayant droit.

#### ARTICLE 9. DÉFINITION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les garanties et prestations sont définies au « II - Garantie Frais de Soins de Santé ». La nature et le montant des garanties et prestations choisis par l'Adhérent, tels que précisés au Bulletin d'adhésion sont reportés dans le Certificat d'Adhésion.

#### ARTICLE 10. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet :

- **Pour l'Adhérent** : trente (30) jours après la date de conclusion de son Adhésion telle que définie à l'article 8.1.3 de la présente Notice d'information (sauf demande expresse de l'Adhérent pour une prise d'effet immédiate dans les conditions prévues à l'article 8.1.4.1 de la présente Notice d'information), sous réserve de l'encaissement de la première cotisation ;
- **Pour l'Ayant droit** : à la date de conclusion de son Affiliation, telle que définie à l'article 8.2.3 de la présente Notice d'information.

#### ARTICLE 11. MODIFICATION DES GARANTIES

En cours d'Adhésion, l'Adhérent a la possibilité de modifier ses niveaux de garantie, à la baisse (choix d'un niveau inférieur) ou à la hausse (choix d'un niveau supérieur), dans la limite des niveaux de garantie prévus au Contrat objet de la présente

Notice d'information.

**Aucune modification de garantie n'est possible la 1ère année d'assurance.**

L'Adhèrent effectue sa demande au plus tard deux (2) mois avant la prorogation annuelle de son Adhésion. La prise d'effet des nouvelles garanties est la suivante :

- Si l'Adhèrent opte pour un niveau de garantie différent, la prise d'effet de ces nouvelles garanties intervient au 1er janvier suivant, sous réserve du paiement de la cotisation afférente.

Ensuite, la modification de la formule est possible à tout moment moyennant préavis d'un mois. Aucune autre modification de formule ne sera possible dans les douze mois suivants.

Que la modification des garanties soit à la hausse ou à la baisse, elle vaut tant pour l'Adhèrent que pour ses Ayants droit et est subordonnée au paiement de la cotisation afférente. L'Adhèrent informe ses Ayants droit, le cas échéant.

La modification de garantie choisie par l'Assuré s'applique également pour ses Ayants droit.

## ARTICLE 12. MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative de l'Adhèrent ou de ses Ayants droit affiliés qui présentent à l'appui de leur demande toutes pièces justifiant des dépenses engagées. Cette liste des pièces justificatives à fournir figure à l'article 20 de la présente Notice d'information.

Une fois établi le droit à prestations, les prestations sont alors versées par l'Assureur à l'Adhèrent par virement sur un compte bancaire à son nom.

En cours d'adhésion, l'Assuré doit signaler au Souscripteur la survenance des événements suivants :

- Changement de profession
- Changement de situation matrimoniale
- Changement de domicile hors de France métropolitaine
- Retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle quelle que soit la durée écoulée depuis l'adhésion, et à condition que les risques garantis en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle
- Affiliation à un contrat collectif obligatoire (fournir la photocopie du certificat d'adhésion)
- Acquisition de la CMU / ACS
- Modification du nombre d'Ayant droits

A l'adresse suivante :

Cocoon Assurance  
4, rue Berteaux Dumas - CS 50075  
92522 NEUILLY-SUR-SEINE

Ou par e-mail à l'adresse suivante : [santé@cocoon.fr](mailto:santé@cocoon.fr)

## ARTICLE 13. CESSATION DES GARANTIES

Le droit à garantie cesse pour chaque Adhèrent et ses Ayants droit le cas échéant, dans les cas de cessation de l'Adhésion et/ou de l'Affiliation, décrits à l'article 8 de la présente Notice d'information.

## ARTICLE 14. CONSÉQUENCES DE LA CESSATION DES GARANTIES

La cessation des garanties met fin automatiquement à la couverture d'assurance pour l'Adhèrent et ses Ayants droit.

Les dépenses se rapportant à des soins effectués par l'Assuré postérieurement à la cessation de son Adhésion ou de son Affiliation, même s'ils ont fait l'objet d'un devis ou d'une ordonnance antérieurs, ne sont pas pris en charge.

## ARTICLE 15. CARACTÈRE INDEMNITAIRE - ASSURANCES CUMULATIVES - SUBROGATION

### Article 15.1. CARACTÈRE INDEMNITAIRE

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, **le montant des remboursements ne peut excéder le montant de la dépense réellement effectuée**, compte tenu des prestations servies par le Régime d'assurance maladie, un organisme d'assurance de toute nature, ou éventuellement un tiers responsable.

### ARTICLE 15.2. ASSURANCES CUMULATIVES

Conformément à l'article L 121-4 du code des assurances, l'Adhèrent est tenu d'informer l'Assureur de l'existence d'autres contrats d'assurance couvrant le même risque.

En cas de sinistre, l'Adhèrent pourra obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'assureur de son choix, chaque contrat produisant ses effets dans les limites des garanties qu'il prévoit, le remboursement total ne pouvant toutefois excéder le montant des frais restés à sa charge.

### ARTICLE 15.3. SUBROGATION

Conformément à l'article 29-3 de la loi du 5 juillet 1985 et à l'article L 131-2 du code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'assuré victime d'un accident contre le tiers responsable.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Assureur a exposées à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de l'Assuré.

## ■ II - GARANTIE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

### ARTICLE 16. OBJET

La garantie a pour objet de servir à l'Adhèrent des prestations à l'occasion des frais de soins de santé qu'il a engagés dans les conditions et limites prévues par le Contrat. Cette garantie peut être étendue aux frais concernant les Ayants droit de l'Adhèrent.

Ne donnent lieu à prestations que les frais engagés pour des soins effectués par un chirurgien, un praticien qualifié ou un dentiste ou sur prescription écrite de l'un d'eux, et sous réserve qu'ils figurent dans la nomenclature du Régime d'assurance maladie.

L'étendue et le montant des garanties sont précisés au Certificat d'adhésion et dans la Notice d'information et s'inscrivent dans

le cadre des dispositions relatives au « Contrat responsable », telles que prévues aux articles L 871-1 et R 871-1 à R 871-2 du code de la Sécurité sociale dans leur rédaction au 1er avril 2015.

Les modalités du remboursement complémentaire sont précisées à l'article 20 de la présente Notice d'information.

## ARTICLE 17. CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

### Article 17.1. CONTRAT SOLIDAIRE

Le Contrat objet de la présente Notice d'information est « solidaire », puisque la cotisation due n'est pas fixée en fonction de l'état de santé de l'Adhérent et, le cas échéant de ses Ayants droit affiliés, et que le Contrat ne prévoit le recueil d'aucune information médicale.

### Article 17.2. CONTRAT RESPONSABLE

Le Contrat objet de la présente Notice d'information répond aux exigences du « Contrat responsable », telles qu'édictees par les articles L 871-1 et R 871-1 à R 871-2 du code de la Sécurité sociale.

A ce titre, les garanties prennent en charge tout ou partie de la participation de l'Assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'Assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L 174-4 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire

maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L 162-5 du code de la Sécurité sociale de ceux des médecins non adhérents. Si cette garantie est prévue aux Conditions Particulières, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L 162-5 du code de la Sécurité sociale sont pris en charge, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale, minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

Les garanties fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, la couverture des dépenses

d'acquisition de ces dispositifs, s'effectue à hauteur des minima et dans la limite des maxima incluant la participation des assurés dans les conditions visées au 3°) de l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale.

**Par ailleurs, les garanties excluent la prise en charge :**

- De la participation forfaitaire prévue à l'article L 160-13 II du code de la Sécurité sociale (sauf exceptions réglementaires),
- De la franchise annuelle prévue à l'article L 160-13 III du code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux tels que précisés dans le tableau des garanties,
- De la majoration du ticket modérateur en cas de consultations ou visites de médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant),
- Des dépassements d'honoraires lorsque l'assuré refuse à un professionnel de santé d'accéder à son dossier médical,
- Des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques ou techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (hors parcours ou protocole de soins).

## ARTICLE 18. DÉFINITION DES PRESTATIONS

Les prestations dues par l'Assureur sont calculées acte par acte pour les frais entrant dans le champ des garanties du Contrat ayant fait l'objet d'un remboursement du Régime d'assurance maladie ou, engagés postérieurement à l'Adhésion de l'Adhérent ou à l'Affiliation de ses Ayants droit et pendant la durée de ces dernières.

**Conformément à l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, le montant des remboursements ne peut excéder le montant de la dépense réelle compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, un organisme d'assurance ou éventuellement un tiers responsable.**

**Les prestations du Contrat viennent en complément du remboursement opéré par le Régime d'assurance maladie et de tout autre contrat d'assurance, dans la limite des frais réels.**

Les prestations sont précisées au Certificat d'adhésion adressé à l'Adhérent.

Lorsque la garantie prévoit la prise en charge de frais dentaires ou d'optique n'ayant fait l'objet d'aucun remboursement par le Régime d'assurance maladie, le remboursement est effectué à partir de la Base de remboursement correspondant aux actes proposés.

Lorsque la garantie prévoit un mode de remboursement spécifique au titre de l'hospitalisation chirurgicale pour les interventions de chirurgie, sont remboursés :

- Les frais d'opération ;
- Les frais d'hospitalisation chirurgicale ;
- Les frais de soins pré-opératoires intervenant dans un délai maximum de deux (2) mois avant la date de l'opération ;
- Les frais de soins post-opératoires intervenant dans un délai maximum de trois (3) mois après la date de l'opération ;

- Les frais de garde et de transport en ambulance.

E-mail : santé@cocon.fr  
 Adresse postale : Génération - 29080 Quimper cedex 9  
 Téléphone : 02 98 51 38 00  
 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

Au titre de l'hospitalisation médicale sont remboursés :

- Les frais de transport en ambulance du malade ;
- Les séjours en hôpital, clinique, sanatorium, préventorium, aérium, centre de rééducation ou établissement psychiatrique dans lequel le séjour est motivé par un traitement curatif, centre hélio-marin, maison d'enfants ou de repos à caractère sanitaire.

**Sont toutefois exclus de l'hospitalisation médicale les frais de séjour à la campagne, à la mer, à la montagne, engagés pour des cures thermales ou relevant d'une intervention chirurgicale, sauf lorsque ceux-ci font l'objet d'une prise en charge par le Régime d'assurance maladie.**

Pour un séjour en établissement hospitalier, peuvent être pris en charge selon le Certificat d'adhésion :

- Les suppléments de tarif appliqués par l'établissement pour chambre seule ou régime particulier, **à l'exclusion des frais à caractère personnel tels que : journaux, télévision, téléphone, suppléments hôteliers, services et locations divers ;**
- Les frais d'accompagnant (indemnités de lit et de repas) engagés par la personne présente auprès de l'enfant hospitalisé, âgé de moins de 16 ans.

Les frais exposés à l'occasion de la naissance d'un enfant ou de l'adoption d'un mineur, ouvrent droit à un remboursement, dans la limite prévue au Certificat d'adhésion, sous réserve de la remise des justificatifs correspondants.

Les frais de cure thermale ouvrent droit, s'ils sont pris en charge par le Régime d'assurance maladie, à une indemnité fixée au Certificat d'adhésion et dans la Notice d'information, dans la limite des frais exposés.

## ARTICLE 19. RISQUES EXCLUS

**En plus des exclusions prévues aux articles 17 et 18 de la présente Notice d'information, l'Assureur ne garantit pas :**

- **Le remboursement des frais de traitement et opérations de rajeunissement et les frais de chirurgie esthétique, sauf lorsque ceux-ci font l'objet d'une prise en charge par le Régime d'assurance maladie ;**
- **Les dépenses se rapportant à des soins effectués par l'Assuré avant son Adhésion ou son Affiliation**
- **Les dépenses se rapportant à des soins effectués par l'Assuré postérieurement à la cessation de son Adhésion ou de son Affiliation, même s'ils ont fait l'objet d'un devis ou d'une ordonnance antérieurs.**

## ARTICLE 20. PAIEMENT DES SOMMES GARANTIES ET PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Les demandes de prestations **doivent être adressées à l'Assureur dans les six (6) mois** suivant la date du remboursement du Régime d'assurance maladie, de la notification de refus de celui-ci, de la naissance ou de l'adoption d'un enfant, sans quoi l'Assureur opposera à l'Adhérent et/ou ses Ayants droit la **déchéance pour déclaration tardive de sinistre dans les conditions fixées à l'article L 113-2 du code des assurances**, à l'adresse suivante :

Ne peuvent être transmises à l'Assureur que les demandes de prestations de l'Adhérent et des Ayants droit dûment affiliés.

L'Adhérent peut demander un remboursement au moyen :

- Des décomptes du Régime d'assurance maladie, à savoir :
  - Les décomptes originaux du Régime d'assurance maladie, si les liaisons par télétransmission (NOEMIE) ne sont pas opérationnelles ou si, après en avoir informé l'Assureur par courrier, l'Adhérent ne souhaite pas bénéficier de ce service ;
  - Les informations de la caisse dont il relève, si les liaisons entre les caisses gérant le Régime d'assurance maladie et l'Assureur se font par télétransmission (NOEMIE).
 Ce mode de règlement s'applique, quels que soient le professionnel de santé et le type de prestations, dès lors que l'Assuré n'a pas opté ou ne peut bénéficier du règlement par tiers payant.
- Du tiers payant :
  - L'utilisation du tiers payant permet le remboursement de la partie complémentaire directement au professionnel de santé, après accord de ce dernier ;
  - Cette possibilité de limiter son avance de frais sur la partie complémentaire est offerte dans la plupart des établissements de soins conventionnés et des pharmacies.

Les demandes de prestations doivent être accompagnées d'un Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'Adhérent et des pièces justificatives suivantes :

### En télétransmission (échanges NOEMIE)

**Hospitalisation chirurgicale ou médicale (Établissement conventionné ou non conventionné)**

Facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)

**Hospitalisation à domicile (HAD)**

- Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de la journée
- Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD

**Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale**

- Prescription médicale
- Facture originale

**Médecine alternative**

Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)

**Optique**

- Facture détaillée
- Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
- Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'yeux opérés en cas de traitement chirurgical des troubles visuels

## Dentaire

Facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale

## Naissance

- Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance
- Justificatif des frais engagés

## Adoption

- Photocopie du jugement d'adoption
- Justificatif des frais engagés

## Cure thermique

Facture acquittée du séjour

**Frais à l'étranger** : le règlement est effectué sur la base des factures originales détaillées acquittées et des justificatifs de participation du régime de base, ainsi que du motif des soins dispensés à l'étranger.

Pour déterminer le montant de sa participation, l'Assureur peut demander des renseignements complémentaires (caractéristique du séjour, nature exacte des soins, demande de traduction). Les frais exposés à l'étranger sont remboursés en euros selon les mêmes critères que les soins dispensés en France dans la limite des frais réels convertis en euros.

Le remboursement correspond soit à la différence entre le pourcentage du tarif remboursé par la Sécurité sociale déduction faite de son remboursement, soit au montant forfaitaire selon les modalités décrites dans le tableau des garanties.

## Hors télétransmission

- Décompte original de la Sécurité sociale
- Justificatifs ci-dessus

Les sommes dues sont réglées à l'Adhérent uniquement, dès lors que l'Assureur est en possession d'un dossier complet de demande de prestation. Le cas échéant, l'Adhérent reverse les sommes aux Ayants droit concernés.

## ■ III - DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX COTISATIONS

### Article 21. TAUX ET PAIEMENT DES COTISATIONS

#### Article 21.1. MONTANT DES COTISATIONS

Les garanties sont accordées moyennant le paiement auprès de l'Assureur d'une cotisation annuelle, dont le montant est fonction des déclarations faites à l'Adhésion ou lors des éventuelles demandes de modification de garanties. Le montant des cotisations mensuelles est précisé sur le Certificat d'adhésion de l'Assuré.

La cotisation évolue avec l'âge de l'Adhérent par différence de millésime (différence entre l'année d'assurance et l'année de naissance).

#### Article 21.2. RÉVISION DES COTISATIONS

L'Assureur se réserve la possibilité de réviser le montant des cotisations chaque 1er janvier en fonction de l'évolution démographique et des résultats du Contrat, de la réglementation et de l'évolution des régimes de protection sociale de base.

Enfin, si une nouvelle disposition législative ou réglementaire a pour conséquence de modifier les engagements de l'Assureur, celui-ci se réserve le droit d'adapter en conséquence les tarifs et/ou les garanties.

Le Souscripteur est tenu d'en informer tous les Adhérents au moins trois (3) mois avant l'entrée en vigueur de ces modifications et de conserver la preuve de cette information. L'Adhérent peut dénoncer son Adhésion en raison de ces modifications conformément à l'article 8.1.3 de la présente Notice d'information.

#### Article 21.3. PAIEMENT DES COTISATIONS

Cette cotisation annuelle est reprise au Certificat d'adhésion. Elle est fractionnable selon une périodicité mensuelle.

Elle est payable par l'Adhérent, d'avance, dans les dix (10) premiers jours suivant chaque échéance.

Cette cotisation est prélevée par le débit d'un compte bancaire ouvert à son nom.

Dans le cadre de la commercialisation à distance, le paiement de la première cotisation s'effectue par débit d'un compte au nom de l'Adhérent ouvert auprès d'un établissement financier établi dans un État membre de l'Union européenne ou dans un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

## ARTICLE 22. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

**Conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans le délai prévu ci-dessus, le Souscripteur adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'informant de la résiliation de son Adhésion au terme d'un délai de quarante (40) jours à compter de son envoi, sauf régularisation de sa situation entre temps. Même en cas de résiliation, la totalité de la cotisation impayée restera due par l'Assuré.**

## ■ IV - DIVERS

### ARTICLE 23. NOTICE D'INFORMATION

Le Souscripteur doit remettre aux Adhérents une Notice d'information, établie par l'Assureur, qui définit notamment la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour leur mise en jeu. Il incombe au Souscripteur de conserver la preuve de la remise de la Notice d'information à l'Adhérent.

Le Souscripteur est tenu d'informer les Adhérents par écrit de toute modification éventuelle dans les garanties et leur mise en jeu, 2 mois avant la date prévue de son entrée en vigueur. L'Adhérent est en charge d'informer, le cas échéant, ses Ayants droit dûment affiliés.

### ARTICLE 24. TERRITORIALITÉ DU CONTRAT

Les garanties sont acquises dans le monde entier, à condition que le Régime d'assurance maladie de l'Assuré intervienne.

## ARTICLE 25. RENSEIGNEMENTS - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Les demandes de renseignements et réclamations doivent être formulées auprès de l'Assureur.

L'Assureur en accusera réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables (sauf si il a pu lui apporter une réponse avant) et traitera la réclamation dans un délai maximum de deux (2) mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui seraient alors exposées à l'intéressé.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'intéressé peut, le cas échéant s'adresser à :

La Médiation de l'Assurance  
TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09

**Attention : l'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux à l'issue de la procédure.**

## ARTICLE 26. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCES

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) située au 61, rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09.

## ARTICLE 27. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) 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, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré, ce délai est porté à dix (10) ans à compter de sa connaissance du décès. La prescription est portée à dix (10) 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, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'assuré.

Cette prescription spécifique s'éteint dans un délai maximal de trente (30) ans suivant le décès de l'assuré.

En vertu de l'article L 114-2 du code des assurances, la prescription peut être interrompue par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

## ARTICLE 28. LUTTE ANTI-BLANCHIMENT

**Comme toute compagnie d'assurances, l'Assureur est soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption en application du code monétaire et financier.**

**C'est pourquoi l'Assureur a l'obligation d'identifier et de connaître ses clients et de se renseigner sur l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations de leurs contrats d'assurance.**

### ■ Références légales

#### Article L 114-1 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 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, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

#### Article L 114-2 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 avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

#### Article L 114-3 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.

#### Article L 113-2 du code des assurances

L'assuré est obligé :

- 1° De payer la prime ou cotisation aux époques convenues ;
- 2° De répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ;
- 3° De déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexactes ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus.

L'assuré doit, par lettre recommandée, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance ;

- 4° De donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le contrat, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur. Ce délai ne peut être inférieur à cinq jours ouvrés.

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

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

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

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

#### Article L 113-8 du code des assurances

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

#### Article L 113-9 du code des assurances

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification

adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

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

#### Article L 121-4 du code des assurances

Celui qui est assuré auprès de plusieurs assureurs par plusieurs polices, pour un même intérêt, contre un même risque, doit donner immédiatement à chaque assureur connaissance des autres assureurs. L'assuré doit, lors de cette communication, faire connaître le nom de l'assureur avec lequel une autre assurance a été contractée et indiquer la somme assurée.

Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues à l'article L 121-3, premier alinéa, sont applicables.

Quand elles sont contractées sans fraude, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat et dans le respect des dispositions de l'article L 121-1, quelle que soit la date à laquelle l'assurance aura été souscrite. Dans ces limites, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation de ses dommages en s'adressant à l'assureur de son choix.

Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

## ■ ANNEXE - Tableau des garanties

Les garanties figurant au tableau de garanties sont exprimées en inclusion du régime de base de la Sécurité Sociale (prestations du régime de base de la Sécurité Sociale incluses), sauf pour les garanties exprimées en euros, et dans la limite des frais réellement engagés		OPTIMUM	OPTIMUM PLUS	PREMIUM	PREMIUM PLUS
<b>HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE ET MATERNITE</b>					
Hors de séjour (médical, chirurgical et obstétrical) et salle d'opération		180 % BRSS	250 % BRSS	300% BRSS	350 % BRSS
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux	Médecin signataires de l'OPTAM et OPTAM CO*	180 % BRSS	250 % BRSS	300% BRSS	350 % BRSS
	Médecin non signataires de l'OPTAM et OPTAM CO*	160 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Forfait journalier hospitalier Hors établissement médico-socials comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (y compris ambulatoire) Hors établissement médico-socials comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) Soins de suite et de réadaptation : limitation 90 jours / an Établissements psychiatriques : limitation 30 jours / an		50 € par jour	80 € par jour	100 € par jour	120 € par jour
Lit accompagnant (en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans ou d'un adulte de plus de 65 ans) Limitation 30 jours / an		30 € par jour	35 € par jour	40 € par jour	45 € par jour
Frais de télévision Limitation 30 jours / an		7 € par jour	10 € par jour	10 € par jour	10 € par jour
Transport du malade pris en charge par la Sécurité sociale		100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Transport du malade non pris en charge par la Sécurité sociale (forfait annuel par bénéficiaire)		40 €	40 €	50 €	50 €
Hospitalisation à domicile		150 % BRSS	250 % BRSS	300% BRSS	350 % BRSS
Frais de séjour maison de repos, de santé spécialisée		100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
<b>FRAIS MEDICAUX COURANTS</b>					
Généralistes (consultations, visites)	Médecin signataires de l'OPTAM et OPTAM CO*	150 % BRSS	200 % BRSS	300% BRSS	350 % BRSS
	Médecin non signataires de l'OPTAM et OPTAM CO*	130 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Spécialistes (consultations, visites)	Médecin signataires de l'OPTAM et OPTAM CO*	150 % BRSS	200 % BRSS	300% BRSS	350 % BRSS
	Médecin non signataires de l'OPTAM et OPTAM CO*	130 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Petite chirurgie	Médecin signataires de l'OPTAM et OPTAM CO*	150 % BRSS	200 % BRSS	300% BRSS	350 % BRSS
	Médecin non signataires de l'OPTAM et OPTAM CO*	130 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Analyses et travaux de laboratoire		150 % BRSS	200 % BRSS	300% BRSS	350 % BRSS
Radiologie	Médecin signataires de l'OPTAM et OPTAM CO*	150 % BRSS	200 % BRSS	300% BRSS	350 % BRSS
	Médecin non signataires de l'OPTAM et OPTAM CO*	130 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Forfait actes lourds (>120 €)		100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Auxiliaires médicaux		150 % BRSS	200 % BRSS	300% BRSS	350 % BRSS
Ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, psychomotricité, podologie, pédicurie, acupuncture, diététique, psychologie, non pris en charge par la Sécurité sociale		50 € / 5 séance	80 € / 5 séance	80 € / 5 séance	80 € / 5 séance

Les garanties figurant au tableau de garanties sont exprimées en inclusion du régime de base de la Sécurité Sociale (prestations du régime de base de la Sécurité Sociale incluses), sauf pour les garanties exprimées en euros, et dans la limite des frais réellement engagés	OPTIMUM	OPTIMUM PLUS	PREMIUM	PREMIUM PLUS
<b>PHARMACIE</b>				
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale (sans restriction de taux)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait annuel par bénéficiaire)	100 €	100 €	150 €	150 €
<b>DENTAIRE</b>				
<b>Avec prise en charge Sécurité sociale</b>				
Soins et actes dentaires	250 % BRSS	300% BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Inlays, onlays, inlays-core / Prothèses dentaires (y compris couronne implanté portée) et orthodontie	350 % BRSS	400 % BRSS	450 % BRSS	500% BRSS
Plafond annuel par bénéficiaire	1 500 € 100 % BR au-delà du plafond	1 800 € 100 % BR au-delà du plafond	2 000 € 100 % BR au-delà du plafond	2 400 € 100 % BR au-delà du plafond
<b>Sans prise en charge Sécurité sociale (par an par bénéficiaire)</b>				
Implants (scanners, racine implantaire et inlay core sur implant), prothèses <sup>4</sup> , parodontologie, orthodontie Forfait annuel et par bénéficiaire	500 €	600 €	700 €	800 €
<b>LUNETTES : forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture. 1 forfait tous les 2 ans, à compter de la date d'acquisition, sauf exceptions réglementaires (1 forfait tous les ans pour les enfants de - 18 ans et en cas d'évolution de la vue). Le ticket modérateur est inclus dans le forfait.</b>				
Lunettes avec verres simples (1)	250 €	300 €	350 €	400 €
Lunettes avec verres complexes (2)	450 €	500 €	610 €	750 €
Lunettes avec combinaison verre simple - verre complexe (3)	450 €	500 €	550 €	610 €
Lentilles (le ticket modérateur est pris en charge au-delà du forfait)	150 €	200 €	200 €	250 €
Chirurgie réfractive	200 € par œil et par an	300 € par œil et par an	400 € par œil et par an	500 € par œil et par an
<b>PROTHÈSES MÉDICALES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE</b>				
Orthopédie, grand appareillage, prothèses médicales et capillaires	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300% BRSS
Prothèses auditives (forfait annuel par bénéficiaire)	300 €	400 €	400 €	500 €
Frais d'entretien des prothèses auditives (forfait annuel par bénéficiaire)	30 €	30 €	30 €	30 €
<b>PREVENTION</b>				
<b>Actes non pris en charge par la Sécurité sociale :</b>				
- Vaccins (forfait annuel par bénéficiaire)	35 €	40 €	45 €	50 €
- Densitométrie osseuse (forfait par bénéficiaire tous les 2 ans)	35 €	40 €	45 €	50 €
<b>Actes pris en charge par la Sécurité Sociale</b>				
Liste des actes prévus au II de l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale***	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
<b>CURES THERMALES ACCEPTÉES PAR LA SECURITE SOCIALE</b>				
Frais d'établissement et honoraires	125 % BRSS	175 % BRSS	225 % BRSS	275 % BRSS
Frais de transport et d'hébergement (forfait annuel par bénéficiaire)	100 €	150 €	200 €	250 €

(1) Verres simples = verres unifocaux dont la sphère est entre -6,00/+6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 4,00

(2) Verres complexes = verres simple foyer dont la sphère est entre -6,00/+6,00 ou verres simples foyer dont le cylindre est supérieur à 4,00 ou verres multifocaux ou progressifs.

(3) Combinaison Verres simples et Verres complexes = mélange de verres

Par an, nous entendons l'année civile (sauf pour l'optique). Sauf indication contraire, les forfaits énoncés dans ce tableau sont versés par année et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année suivante, ni sur un autre bénéficiaire. Nos remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés.

\* OPTAM et OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée - voir définition sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

\*\* Les actes couverts au titre de la garantie « prothèses » sans prise sécurité sociale : rescelllement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034), Pose de maintenir d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une couronne dentaire transitoire (HBLD037), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-cavain (HBMD048), Pose d'un attachement coronaradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronaradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009)

\*\*\* Les 7 actes de prévention sont définis par l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code :

- 1 - Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1ère et 2ème molaires permanentes, n'intervienne qu'une fois par dent et soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14ème anniversaire
- 2 - Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en deux séances maximum)
- 3 - Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans
- 4 - Dépistage hépatite B
- 5 - Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale; Audiométrie tonale avec tympanométrie; Audiométrie vocale dans le bruit; Audiométrie tonale ou vocale; Audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie
- 6 - L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-17, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les 6 ans
- 7 - Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) : Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges, Coqueluche : avant 14 ans, Hépatite B : avant 14 ans, BCG avant 6 ans, Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirent un enfant, Haemophilus influenzae B, Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois

COCOON, une marque de COVERLIFE - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - Agissant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61 rue Taïbout - 75009 PARIS

CNP ASSURANCES, société anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - Entreprise régie par le code des assurances dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry, 75716 Paris cedex 15

# ASSURANCE SANTÉ ASSISTANCE

## Conditions générales des garanties d'assistance valant notice d'information au contrat collectif n° F 17 S 0505

COVERLIFE a souscrit le contrat collectif n° F 17 S 0505 auprès de FILASSISTANCE au profit de ses Assurés, afin de les faire bénéficier, de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par FILASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 3 500 000 €, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD.

### ■ A. CADRE DES GARANTIES

#### 1. COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone 01 47 11 68 56 (depuis la France)  
+33 1 47 11 68 56 (depuis l'étranger)

Lors de votre appel, merci de préciser le numéro d'identification suivant : F 17 S 0505.

Télécopie 01 47 11 24 63

Adresse postale 108 Bureaux de la Colline 92210 Saint-Cloud

#### 2. QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s) et ascendants fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

**Les Bénéficiaires doivent résider en France telle que définie ci-dessous.**

#### 3. OÙ S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

**A l'exception des prestations d'assistance accessibles à l'Étranger (article 9)**, les garanties d'assistance fournies par FILASSISTANCE au titre des présentes conditions générales valant Notice d'information, s'appliquent en France telle que définie ci-dessous.

**Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent, telle que définie ci-dessous.**

#### 4. QUELLE EST LA PÉRIODE DE GARANTIES ?

La présente Notice prend effet au plus tôt, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2016 et couvre les événements garantis survenus au plus tôt à compter de cette date.

Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion au contrat d'assurance santé collectif n° A040 F sous réserve du règlement de la prime correspondante. Toutefois, le droit à garantie auprès de FILASSISTANCE cesse pour chaque Adhérent :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance santé collectif n° A040
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° F 17 S 0505
- En cas de non-paiement de la prime conformément aux dispositions prévues à l'article L 113-3 du code des assurances

### ■ B. GÉNÉRALITÉS

#### 1. DÉFINITIONS

Les Parties entendent les termes ci-dessous selon les définitions suivantes :

**Accident** Toute atteinte corporelle non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.

**Actes de la vie courante** Le transfert, le déplacement à l'intérieur d'une surface plane, l'alimentation, la toilette, la continence et l'habillement.

**Adhérent / Assuré** Toute personne physique adhérent au Contrat d'assurance n° F 17 S 0505 et qui s'engage à acquitter la cotisation émise aux périodes définies.

**AGGIR** Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

**Aidant** Personne qui assiste l'Assuré handicapé ou en état de dépendance. L'Aidant apporte une aide quotidienne à l'Assuré handicapé ou dépendant, pour les actes de la vie courante.

**Aidé** Le Proche parent aidé de l'Adhérent qui est reconnu dépendant (GIR 1 à 4 au sens de la grille AGGIR).

**Aide à domicile** Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

**Animaux de compagnie** Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.

<b>Assuré aidant</b>	Sauf clause contraire, l'Assuré qui aide un de ses Proches parents aidé, devenu dépendant ou handicapé. L'Assuré aidant apporte une aide quotidienne à son Proche parent aidé pour les actes de la vie courante. Il doit avoir le même domicile ou visiter quotidiennement son Proche parent aidé à domicile.	<b>Immobilisation</b>	Etat d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile.
<b>Atteinte corporelle</b>	Blessure ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même de l'Adhérent ou du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.	<b>Incapacité partielle temporaire</b>	Impossibilité temporaire, d'une durée minimum de 90 jours, d'exercer une activité professionnelle suite à un accident.
<b>Autorité médicale</b>	Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.	<b>Maladie</b>	Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.
<b>Auxiliaire de vie</b>	Intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers), dans le but de maintenir la personne à son domicile.	<b>Plainte amnésique objectivée</b>	Diminution des capacités à mémoriser.
<b>Bénéficiaire</b>	Toute personne désignée à l'article 2 du paragraphe A, ci-avant.	<b>Sinistre</b>	Tout événement justifiant l'intervention de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.
<b>Conjoint</b>	Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.	<b>Titre de transport</b>	Pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train (aller et retour) 1 <sup>ère</sup> classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion (aller et retour) classe économique.
<b>Contrat</b>	Le Contrat collectif d'assistance n° F 17 S 0505.	<b>Zone de résidence</b>	Zone couvrant la France métropolitaine.
<b>Dépendance</b>	État de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.	<b>2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS</b>	
<b>Déplacement professionnel impératif</b>	Tout déplacement réalisé, à titre professionnel, dont la survenance n'était pas connue dans les 3 jours qui précèdent la survenance du sinistre.	<b>2.1. DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS</b>	
<b>Domicile</b>	Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.	FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures ( <b>hors jours fériés</b> ).	
<b>Équipe médicale</b>	Les médecins de FILASSISTANCE.	Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone suivant <b>01 47 11 68 56</b> , préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties et en indiquant le numéro d'identification : F 17 S 0505. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de FILASSISTANCE.	
<b>France</b>	France métropolitaine.	À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.	
<b>Handicap</b>	Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).	<b>2.2. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS</b>	
<b>Hospitalisation</b>	Sauf stipulation contraire, tout séjour dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle.	Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de FILASSISTANCE, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que FILASSISTANCE jugerait utile. Le règlement des prestations interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par FILASSISTANCE, sauf contestation notifiée à la personne concernée.	
<b>Hospitalisation imprévue</b>	Tout séjour imprévu d'une <b>durée supérieure à 24 heures</b> , hors séjour ambulatoire, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle et dont la survenance n'était pas connue dans <b>les 5 jours avant son déclenchement</b> .	Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.	
		<b>2.3. CONDITIONS D'ORDRE MÉDICAL</b>	
		Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de FILASSISTANCE, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.	

**Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre**

## **d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.**

Afin de permettre à l'équipe médicale de FILASSISTANCE de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

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

## **2.4. CONDITIONS SPÉCIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS « SANTÉ » ET « INFORMATION PRATIQUE ET JURIDIQUE »**

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. **En aucun cas, les dites demandes d'informations ne feront pas l'objet d'une confirmation écrite.**

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse, dans un **délai maximal de 72 heures**.

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

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

**LES PRESTATIONS D'INFORMATIONS « SANTÉ »** ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. **Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

**De plus, en cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).**

**Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).**

**LES PRESTATIONS D'INFORMATIONS « PRATIQUE ET/OU JURIDIQUE »** dispensées par FILASSISTANCE ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc. En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Le contenu de l'information délivrée est purement documentaire et **ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971. FILASSISTANCE ne pourra être tenue responsable des éventuelles difficultés, et leurs conséquences, qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une interprétation erronée et/ou d'une utilisation inappropriée, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.**

**La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel. Sont exclus de la garantie les demandes d'information ayant trait à des thèmes juridiques à caractère professionnel et/ou ne relevant pas du droit français.**

## **3. EXCLUSIONS**

### **3.1. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES**

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Adhérent ou le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

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

- des frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ;
- des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire
- de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement;
- des états résultant de l'usage abusif d'alcool (l'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par l'article R234-1 du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- de la participation de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, en tant que concurrent, à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à titre non amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances ;
- de toute restriction à la libre circulation des personnes ;
- des cataclysmes naturels ;
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;
- de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi;
- la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1<sup>ère</sup> année suivant l'adhésion;
- d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique pour toute autorité ou organisme gouvernemental ou non.

## **4. SUBROGATION**

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

L'Adhérent doit informer FILASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

## 5. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies auprès de l'Adhèrent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant à la présente Notice, l'Adhèrent consent à ce traitement informatique.

Dans ce cadre, l'Adhèrent est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises aux prestataires ou sous-traitants liés contractuellement à FILASSISTANCE intervenants pour l'exécution des garanties d'assistance.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, l'Adhèrent dispose d'un droit d'accès et de modification relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il devra adresser sa demande, accompagnée d'une copie (recto/verso) de sa pièce d'identité, à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE - Correspondant CNIL  
108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD CEDEX  
Ou [cil@filassistance.fr](mailto:cil@filassistance.fr)

L'Adhèrent peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

## 6. RESPONSABILITÉ

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente Notice. A ce titre, FILASSISTANCE est tenue d'une obligation de moyens dans la réalisation des prestations d'assistance garanties et il appartiendra à l'Adhèrent, de prouver la défaillance de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis de l'Adhèrent, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, FILASSISTANCE sera responsable des dommages directs, quel qu'en soit la nature, à l'égard de l'Adhèrent, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de FILASSISTANCE et un préjudice de l'Adhèrent.

**En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tels que définis par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).**

## 7. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09.

## 8. RÉCLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : **01 47 11 68 56** et en indiquant le numéro d'identification : F 17 S 0505. Ce service veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE - Service Réclamations  
108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD CEDEX

Cette réclamation pourra également être formulée sur le site internet [www.filassistance.fr](http://www.filassistance.fr) via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, FILASSISTANCE enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Adhèrent ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

Médiation de l'Assurance  
TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

L'Adhèrent ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org).

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

## 9. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant de la présente Notice sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où FILASSISTANCE en a eu connaissance ;
- 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'Adhèrent contre FILASSISTANCE a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhèrent ou a été indemnisé par ce dernier.

En vertu de l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et notamment la citation en justice, le commandement de payer, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, 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 FILASSISTANCE à l'Adhèrent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Adhèrent à FILASSISTANCE, en ce qui concerne le règlement des prestations.

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

## 10. FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.

Les primes payées demeurent alors acquises à FILASSISTANCE, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

## 11. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE

La présente Notice est régie par le droit français.

Préalablement à toute action en justice, il est convenu que FILASSISTANCE et l'Adhérent rechercheront une solution amiable à leur litige, dans un délai de trente (30) jours, suivant la mise en demeure envoyée par FILASSISTANCE ou l'Adhérent. A défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

### ■ C. DÉTAIL DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE SANTÉ GARANTIES

#### 1. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES À L'ADHÉRENT DES SON L'ADHÉSION

##### 1.1. INFORMATIONS SANTÉ

Dans le respect du rôle du médecin traitant, l'équipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE renseigne dans les domaines de la santé suivants (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone) :

Appréciation des interrogations, préoccupations ou problèmes de santé de l'Adhérent compte tenu des informations communiquées ;

Communication d'informations générales sur :

- Les pathologies (ex : pandémies.....)
- Les analyses médicales, notamment les analyses de sang, et les examens médicaux (IRM...)

Communication d'informations générales sur la santé au quotidien :

- Pharmacie : comment la constituer et disposer des médicaments essentiels
- Connaître les gestes de secours (envoi d'une fiche pratique).
- Trousse de secours (voiture, voyage...) : comment la constituer
- Automédication : les précautions à prendre
- Vaccinations

Communication des informations générales sur le bien être :

- Alimentation et allergies, (comprendre les étiquettes produits,

concilier allergies nutritionnelles et vie scolaire, faire face en cas de crise ...)

- Programme alimentaire de l'adulte à l'enfant :

- Calcul de l'IMC : informations « nutrition » (fiches information...) et conseils à suivre (renvoi vers le médecin traitant)

- Bien-être :

- Précautions à prendre pour un bon usage des compléments alimentaires
- Information sur les médecines alternatives : avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Académie de médecine (envoi de fiches information)

Informations en matière de :

- Prévention (avec envoi de fiches prévention par courrier, par mail)
- Médecine du voyage (précautions sanitaires et comportementales...)

En cas d'ALD (affections de longue durée), maladies orphelines, maladies rares, maladies graves :

L'équipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE est à l'écoute de l'Adhérent, pour l'informer, l'accompagner dans le système de soins, et le guider dans les démarches administratives.

De plus, l'Adhérent peut également bénéficier d'informations sur :

- Les associations (visites au chevet, écoute spécifique, actions)
- Groupes de paroles
- L'école à l'hôpital, activités ludiques, prêt de livres, jeux vidéo, associations proposant l'accompagnement par le biais d'animateurs qui jouent avec les enfants, organisation de goûter

#### 1.2. PARCOURS DE SOINS

L'équipe de FILASSISTANCE informe l'Adhérent sur les différentes possibilités de couverture et de prise en charge en matière d'assurance maladie, invalidité, décès,... et l'aide dans les démarches (aide à la constitution de dossier).

L'équipe de FILASSISTANCE informe également l'Adhérent sur les démarches et les recours possibles en cas de désaccord avec un professionnel de santé, **sans prise en charge financière**.

L'équipe de FILASSISTANCE aide à la recherche de :

- Professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et paramédicaux.
- Établissements de santé : hôpitaux, cliniques, centres de thermalisme, de convalescence, de repos...
- Ambulanciers : transport en ambulance ou véhicule sanitaire léger.
- Fournisseurs en matériel médical.

L'équipe de FILASSISTANCE aide et conseille l'Adhérent dans l'analyse de devis :

- Le service d'aide à l'analyse de devis de FILASSISTANCE est accessible du **lundi au samedi de 8h à 20h** et est structuré en trois domaines : prothèse dentaire et orthodontie, lunettes et lentilles cornéennes, prothèse auditive.
- À la demande de l'Assuré, FILASSISTANCE l'informe, dans le respect de la confidentialité du traitement des données médicales, sur le contenu des devis que lui soumet l'Assuré (avantages, inconvénients, solutions alternatives) et sur leur prix par rapport à ses tarifs de référence.

### 1.3. INFORMATION VIE PRATIQUE ET JURIDIQUE

FILASSISTANCE apporte aide et conseils dans les domaines de la vie pratique et juridique (sociétés, affaires, allocations retraite, impôts, fiscalité, famille). Sont exclues **les demandes ne portant pas sur le droit français.**

### 1.4. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE EN CAS DE DIFFICULTÉS

FILASSISTANCE peut délivrer à l'Adhérent une écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique.

En cas de nécessité (stress au travail, maladie, difficulté familiale), l'Adhérent peut contacter FILASSISTANCE, qui le met en relation avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, qui lui assurera une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

### 1.5. SERVICES A LA CARTE

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

FILASSISTANCE aide à la recherche du prestataire et se charge de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales :**

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

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

### 2. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE D'UN BÉNÉFICIAIRE À SON DOMICILE

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

#### 2.1. RECHERCHE D'UN MÉDECIN, D'UNE INFIRMIÈRE OU D'UN INTERVENANT PARAMÉDICAL

En l'absence de médecin traitant, FILASSISTANCE peut rechercher un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical, proche du domicile du Bénéficiaire.

**En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin, aucune infirmière ou aucun intervenant paramédical n'était disponible.**

**Les frais de visite restent à la charge du Bénéficiaire.**

### 2.2. ACHÈMÈNEMENT DES MÉDICAMENTS

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'acheminement des médicaments au domicile du Bénéficiaire, si celui-ci est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé. **Cette garantie s'applique si le Bénéficiaire ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le simple renouvellement d'ordonnance.**

FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans **un rayon maximum de 50 km autour du domicile du Bénéficiaire**, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

**Le coût du ou des médicaments sera entièrement pris en charge par le Bénéficiaire.**

**Cette prestation s'applique dans la limite de 2 interventions par an par Bénéficiaire.**

### 3. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES À L'ADHÉRENT OU À SON CONJOINT EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 3 JOURS

#### 3.1. PLAN D'AIDE À LA CONVALESCENCE

Pendant l'hospitalisation ou lors du retour à domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint, l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE réalise un entretien téléphonique avec l'Adhérent, son Conjoint ou sa famille afin d'évaluer notamment sa situation médico-psycho-sociale et d'établir conjointement un plan d'aide à la convalescence.

Ce plan a pour objectif de faciliter la vie de la famille pendant et après l'hospitalisation et aborde différents domaines :

##### Les besoins en services à domicile

FILASSISTANCE fait un bilan sur les services déjà en cours, fréquences et heures d'intervention et établit quels sont les services complémentaires qui faciliteraient la vie quotidienne de l'Adhérent et de sa famille.

##### Les droits et les démarches

FILASSISTANCE aide l'Adhérent ou son Conjoint dans ses démarches administratives et l'accompagne sur un plan administratif, juridique et social, dans la constitution de dossiers et la recherche de financements (aides financières publiques, etc...).

##### Les aides techniques

FILASSISTANCE peut informer l'Adhérent ou son Conjoint sur les aides techniques éventuelles pouvant favoriser sa convalescence le cas échéant.

FILASSISTANCE peut mettre en relation l'Adhérent ou son Conjoint avec des distributeurs de matériels médicaux pouvant délivrer ces aides.

#### 3.2. PRÉPARATION AU RETOUR À DOMICILE

FILASSISTANCE facilite le retour à domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint en prenant en charge l'intervention d'un prestataire afin qu'il procède à la préparation du domicile (ouverture du domicile, réalisation de courses et préparation de repas).

**Cette prise en charge ne peut dépasser 2 heures et est limitée à 2 événements par année civile.**

**Les frais liés aux courses ne sont pas pris en charge par FILASSISTANCE**

Cette prestation s'applique également en cas d'hospitalisation à domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint (une intervention par événement).

### 3.3. ACCOMPAGNEMENT DANS LES DÉPLACEMENTS

Afin de faciliter les déplacements de l'Adhérent ou de son Conjoint pendant sa convalescence, FILASSISTANCE prend en charge deux titres de transport, **dans la limite de 50 km du domicile.**

**Cette prestation est limitée à une intervention par année civile.**

### 3.4. AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint une aide à domicile exerçant dans sa zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'aide à domicile, dans les conditions ci-dessous.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à FILASSISTANCE **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.

**La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent ou de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.**

**Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 20 heures par événement réparties à raison de 2 heures par jour maximum (dans la limite de 40 heures par année civile), pendant les 10 jours suivant le début de l'hospitalisation ou la date de fin d'hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.**

**Cette prestation s'applique également en cas d'hospitalisation à domicile de l'Adhérent ou de son conjoint (une intervention par événement).**

**La prestation « AIDE A DOMICILE » n'est pas cumulable avec la prestation d'assistance « JARDINAGE OU PETIT BRICOLAGE ».**

### 3.5. JARDINAGE OU PETIT BRICOLAGE

**Si l'Adhérent ou son Conjoint est éligible aux conditions d'attribution de la prestation « AIDE A DOMICILE » et s'il le préfère, la prestation « AIDE A DOMICILE » peut être remplacée par la prestation « JARDINAGE OU PETIT BRICOLAGE ».**

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint, un jardinier ou un homme toutes mains, afin de le soulager dans l'entretien de son domicile (jardinage ou petit bricolage).

**FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'intervenant à hauteur de 12 heures maximum pendant les 10 jours ouvrés suivant la date de fin d'hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint.**

**Cette prestation s'applique également en cas d'hospitalisation à domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint dans la limite d'une intervention par événement.**

### 3.6. GARDE DES ENFANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT ÂGÉS DE MOINS DE 12 ANS

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 12 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint restés au domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde **pendant une période de 2 jours** et assure si besoin leur accompagnement à l'école pendant ces 2 jours.

Si l'Assuré le préfère, FILASSISTANCE pourra organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche habitant dans la même zone de résidence que celle de l'Adhérent, jusqu'au domicile de l'Adhérent, en mettant à sa disposition **un titre de transport** ;

OU

- le transfert des enfants chez un proche habitant dans la même zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un titre de transport.**

**Ces prestations sont également accessibles en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures suite à un accident.**

### 3.7. GARDE OU TRANSFERT DES PERSONNES DÉPENDANTES

Si personne ne peut assumer la garde des personnes dépendantes, vivant habituellement au foyer, et qu'elles ne peuvent rester temporairement seules, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde **pendant une période de 2 jours.**

Si l'Adhérent le préfère, FILASSISTANCE pourra organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche habitant dans la même zone de résidence que celle de l'Adhérent, jusqu'au domicile de l'Adhérent, en mettant à sa disposition **un titre de transport** ;

OU

- le transfert de personnes dépendantes chez un proche habitant dans la même zone de résidence de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un titre de transport.**

**Ces prestations sont également accessibles en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures suite à un accident.**

### 3.8. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

En cas d'hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint à **plus de 50 km** de son domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la même zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à sa disposition **un titre de transport.**

### 3.9. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge (**hors frais de toilettage et de soins vétérinaires**) la garde à l'extérieur de la zone de résidence ou l'entretien à domicile des animaux de compagnie tels que définis ci-dessus, **sous réserve que ceux-ci aient été vaccinés.**

**La prise en charge de cette garde ne peut excéder une période de 15 jours.**

À l'issue de la garde organisée par FILASSISTANCE, le retour à domicile de l'animal peut être organisé et pris en charge, à condition qu'il ait lieu **dans un rayon de 25 km Aller / Retour maximum.**

#### 4. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 10 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

##### 4.1. TÉLÉASSISTANCE

Si l'Adhèrent ou son Conjoint le demande et **pour toute hospitalisation supérieure à 10 jours**, FILASSISTANCE met à sa disposition un appareil de téléassistance qui lui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur. D'un simple geste, il peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

Les prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels sont les suivantes :

- Gestion de la « fiche médicale » de l'abonné
- Écoute 24 heures sur 24 par les équipes d'assistance
- Présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée dans le centre d'appels de FILASSISTANCE
- Dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médicale de FILASSISTANCE
- Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (sans prise en charge)

**FILASSISTANCE prend en charge les frais de mise en service d'un appareil par foyer ainsi qu'un mois d'abonnement.**

#### 5. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE OU RADIOTHÉRAPIE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

##### 5.1. AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhèrent ou de son Conjoint, une aide à domicile exerçant dans sa zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de cette aide à domicile à concurrence de **2 heures par jour pendant les 2 jours suivant le retour au domicile, dans la limite de 30 heures par année civile, et sous réserve de la réception du protocole de soins de l'Adhèrent ou de son Conjoint.**

##### 5.2. AUXILIAIRE DE VIE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhèrent ou de son Conjoint une intervenante à domicile et prend en charge sa rémunération à concurrence de **2 heures par jour pendant la semaine qui suit le retour au domicile, dans la limite de 15 heures par contrat et sous réserve de la réception du protocole de soins de l'Adhèrent ou de son Conjoint.**

##### 5.3. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS OU PETITS ENFANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT ÂGÉS DE MOINS DE 12 ANS RESTÉS À DOMICILE

**Dans la limite d'une seule fois pendant toute la durée de l'adhésion au présent Contrat**, si personne n'est à même de s'occuper des enfants ou petits-enfants de l'Adhèrent ou de son Conjoint à charge âgés de moins de 12 ans restés à domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des garanties

suivantes :

- leur garde à domicile **pendant une période de 2 jours** OU
- la venue d'un proche habitant dans la même zone de résidence que celle de l'Adhèrent, jusqu'au domicile de l'Adhèrent, en mettant à sa disposition **un titre de transport** OU
- leur accompagnement à l'école **pendant 2 jours**

#### 5.4. AIDE À LA RECHERCHE DE FOURNISSEURS DE PERRUQUES

À la demande de l'Adhèrent ou de son Conjoint, FILASSISTANCE peut rechercher et lui communiquer les coordonnées de fournisseurs de perruques.

**Le coût de ces perruques reste à la charge de l'Adhèrent ou de son Conjoint.**

#### 6. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS DE GROSSESSE ET DE MATERNITÉ

##### 6.1. INFORMATION ET PRÉVENTION PENDANT LA GROSSESSE

FILASSISTANCE communique à l'Adhèrent des informations et conseils sur la santé de la femme enceinte et la grossesse (aide à la recherche d'associations, de lieux d'échange dédiés à l'échange d'expérience entre les futures et jeunes mamans, aide à la recherche d'organismes sociaux tels que PMI, etc.).

##### 6.2. INFORMATIONS SUR LES DÉMARCHES ET AIDE À LA CONSTITUTION DE DOSSIER

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE aide l'Adhèrent dans la constitution du dossier lié à sa grossesse (pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée, etc.).

##### 6.3. SANTÉ DE LA FEMME ENCEINTE

L'équipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE, informe et conseille l'Adhèrent sur l'hygiène de vie de la femme enceinte : alimentation, diététique, nutrition, haptonomie, tabac, etc.

##### 6.4. CONFORT ET BIEN-ÊTRE

FILASSISTANCE aide à la recherche et communique les coordonnées de centres de thalasso-thérapie post-natale, centres de massages, piscines où l'on propose une activité de bébés nageurs et de professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et paramédicaux ...

##### 6.5. INFORMATIONS ET CONSEILS SUR LES BÉBÉS

FILASSISTANCE communique à l'Adhèrent des informations et conseils sur les soins à prodiguer (hygiène, bain, toilette, etc.), les rendez-vous santé Petite Enfance et dans le domaine de la prévention : accidents domestiques, nutrition (alimentation, sevrage, etc).

##### 6.6. AIDE À DOMICILE EN CAS DE NAISSANCE MULTIPLE

FILASSISTANCE met à disposition de l'Adhèrent, une aide à domicile exerçant dans sa zone de résidence, afin de le soulager

dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'aide à domicile, dans les conditions ci-dessous.

**La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhèrent ou de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE**

**Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 8 heures pendant les 15 jours suivant le retour à domicile de l'Adhèrent.**

## **6.7. PRÉSENCE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT AU CHEVET DE L'ENFANT HOSPITALISÉ, NÉ PRÉMATURÉMENT**

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport de l'Adhèrent ou de son Conjoint, au chevet de l'enfant hospitalisé et né prématurément, en mettant à leur disposition deux titres de transport **par contrat**.

## **7. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT DE L'ADHÉRENT**

### **7.1. AIDE À LA POURSUITE DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN CAS D'INCAPACITÉ PARTIELLE TEMPORAIRE DE L'ASSURÉ**

**Si l'état de santé de l'Adhèrent le permet, FILASSISTANCE assure l'accompagnement de l'Adhèrent de son domicile à son lieu de travail, dans un rayon de 25 km maximum, à hauteur de 5 Allers / Retours et d'une prise en charge maximale de 500 € TTC par événement / par an / par contrat.**

### **7.2. SERVICE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE HANDICAP**

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE apporte des informations sur les démarches à suivre en cas de handicap et communique à l'Adhèrent toutes les informations dont il aurait besoin dans le cadre de la survenance du handicap :

- Droits, les régimes de protection juridique.
- Démarches à effectuer.
- Mise en contact le cas échéant de l'assuré avec les organismes concernés.

### **7.3. AIDE À LA CONSTITUTION DE DOSSIER**

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE aide l'Adhèrent dans la constitution du dossier lié à son handicap (pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée, etc.).

### **7.4. ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-PSYCHO-SOCIAL DE L'ADHÉRENT ET DE SES PROCHES PRÉSENTANT UN HANDICAP**

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE réalise une action médico-psycho-sociale de l'Adhèrent et de ses proches qui présenteraient un handicap.

### **Pour l'Adhèrent ou ses proches :**

- Suivi de la prise en charge psychologique et neuropsychologique,
- Suivi de la prise en charge par les professionnels de santé (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien...),
- Suivi de la prise en charge en structure spécialisée,
- Organisation de l'intervention d'un spécialiste pour l'aménagement de l'habitat (ergothérapeute ou autre) avec aide à la recherche de financement,
- Informations sur les aides techniques et communication des coordonnées de prestataires proposant des tarifs préférentiels. FILASSISTANCE ne recevant aucune rétrocession de ces partenaires, il est convenu que ce soit l'Adhèrent ou son proche qui puisse bénéficier d'un avantage sous forme de remise.

### **Pour les aidants :**

- L'aide psychologique : individuelle ou en groupe (orientation vers des associations...).
- Les solutions de répit : accueil de jour / hébergement temporaire (aide à la recherche de structures).
- Le droit des aidants (informations sur le statut, les formations...).

### **Prévention :**

- Maintien du lien social
  - Téléassistance (**pas de prise en charge**).
  - Accompagnement dans les déplacements par un prestataire spécialisé (**sans prise en charge**).
- Santé / hygiène de vie (information).
  - Point sur le suivi médical de la personne.
  - Alimentation.
  - Sommeil.
- Réinsertion professionnelle en partenariat avec la MDPH, l'AGEFIPH, CAP EMPLOI.
  - Aide au retour en milieu professionnel.
  - Accompagnement dans les démarches et les prises en charge.
  - Formation (AFPA - PÔLE EMPLOI).
  - Reclassement professionnel.
  - Adaptation de poste.
  - Aide à la création d'entreprise.
- Activités culturelles et de loisirs (**aide à la recherche**).
  - Bibliothèque numérique.
  - Cinéma, musique, concerts...
  - Visites de sites culturels.
  - Randonnées.
- Activités sportives (**aide à la recherche**).
  - Associations de handisport (pratique régulière, stages...).
  - Matériel sportif pour handicapés.
  - Activités associatives : bénévolat, volontariat... (**aide à la recherche**).
- Vacances adaptées (**aide à la recherche**).
  - Séjours adaptés.
  - Voyages organisés.
  - Transports et lieux de vacances accessibles.

## 8. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES AUX ENFANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

### 8.1. GARDE DE L'ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 12 ANS MALADE OU ACCIDENTÉ

En cas de problème médical imprévu ou en cas d'accident, obligeant un des enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint, à rester au domicile sans qu'aucune personne ne puisse rester à son chevet, FILASSISTANCE organise et prend en charge, au maximum, **30 heures de garde à domicile de l'enfant, réparties sur 5 jours consécutifs**.

La prestation est subordonnée à l'envoi à postériori, d'un certificat médical établi préalablement à l'appel téléphonique, par le médecin traitant, indiquant le caractère imprévu de l'évènement ainsi que la nécessité de maintien à domicile de l'enfant.

**La mise à disposition d'un intervenant ne s'applique qu'au-delà du congé pour enfant malade prévu légalement ou conventionnellement et sous réserve que l'Adhérent ou son Conjoint n'emploie pas déjà une assistante maternelle pour la garde de son enfant. La prestation est limitée à deux interventions par année civile pour chaque enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint.**

Si l'Adhérent ou son Conjoint le préfère, FILASSISTANCE peut organiser et prendre en charge la venue d'un proche habitant dans la même zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à sa disposition **un titre de transport**.

### 8.2. ÉCOLE À DOMICILE OU EN MILIEU HOSPITALIER

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint l'oblige à garder le lit par suite de maladie ou d'accident et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours, FILASSISTANCE fournit une aide pédagogique **à partir du 16<sup>ème</sup> jour**.

Pour cela FILASSISTANCE recherche et prend en charge un répétiteur scolaire se déplaçant au domicile de l'Adhérent (ou, le cas échéant dans l'établissement hospitalier si l'enfant est hospitalisé) pour lui dispenser des cours de niveau cours préparatoire jusqu'à la terminale, dans les matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (1<sup>ère</sup> et 2<sup>nde</sup> langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.

Cette prestation est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, telle que définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs scolaires **dans un rayon de 25 km du domicile et ne s'applique pas en cas de phobie scolaire ou d'affectation de longue durée, ni pendant les vacances scolaires d'été et les jours fériés**. En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire.

Un certificat médical devra être adressé à l'équipe médicale de FILASSISTANCE avant la mise en œuvre de la prestation garantie, indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et précisant que l'enfant, ne peut compte tenu de cette maladie/accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

**Cette prestation ne peut être accordée qu'une fois par année scolaire pour chacun des enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint et à raison de 10 heures par semaine au maximum, 150 heures maximum par année civile et 500 heures pendant toute la durée du contrat.**

Si l'Adhérent ou son Conjoint le préfère et si l'état de santé de l'enfant le permet, FILASSISTANCE peut organiser et prendre en charge l'accompagnement de l'enfant à l'école, **dans un rayon de 25 km maximum du domicile de l'Adhérent et dans la limite d'un aller/retour par jour, sur 5 semaines maximum, à compter du 16<sup>ème</sup> jour d'absence scolaire.**

### 8.3. GARDE OU TRANSFERT DES AUTRES ENFANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT ÂGÉS DE MOINS DE 12 ANS

Si l'un des enfants de l'Adhérent ou de son Conjoint est hospitalisé, et si aucun des parents n'est à même de s'occuper des autres enfants restés au domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge leur garde **pendant 2 jours (dans la limite de 10 heures par jour)** et assure si besoin, leur accompagnement à l'école **pendant ces 2 jours**.

Si l'Adhérent ou son Conjoint le préfère, FILASSISTANCE peut organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche habitant dans la même zone de résidence que celle de l'Adhérent, jusqu'au domicile de l'Adhérent, en mettant à sa disposition **un titre de transport** ;

OU

- leur transfert chez un proche habitant dans la même zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un titre de transport**.

### 8.4. FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT POUR « LE PARENT AU CHEVET » POUR LES ENFANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT ÂGÉS DE MOINS DE 12 ANS

En cas d'hospitalisation d'un enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint âgé de moins de 12 ans à **plus de 50 km du domicile de l'Adhérent**, les frais d'accompagnement (lit d'accompagnement) seront pris en charge par FILASSISTANCE **dans la limite de 15 € TTC par jour et pour 5 jours maximum (une seule intervention par contrat)**.

## 9. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

### 9.1. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 12 ANS OU DES ASCENDANTS

En cas de décès de l'Adhérent ou de son Conjoint, FILASSISTANCE organise et prend en charge **pendant 2 jours**, la garde des enfants âgés de moins de 12 ans ainsi que des ascendants vivant habituellement au foyer.

Si l'Adhérent ou son Conjoint le préfère, FILASSISTANCE peut organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche habitant dans la même zone de résidence que celle de l'Adhérent, jusqu'au domicile de l'Adhérent, en mettant à sa disposition **un titre de transport** ;

OU

- le transfert des enfants ou des ascendants chez un proche habitant dans la même zone de résidence que celle de l'Adhérent, en mettant à leur disposition **un titre de transport**.

## 9.2. MISE À DISPOSITION DE COURRIERS TYPES

En cas de décès de l'Adhérent ou de son Conjoint, FILASSISTANCE assure la mise à disposition d'un proche, des « courriers types » nécessaires aux organismes et administrations et lui communique, le cas échéant, leurs coordonnées pour les informer du décès et prendre les mesures adéquates dans les domaines suivants :

- Employeurs, PÔLE EMPLOI locale ou Caisse de retraite selon la situation du défunt.
- Établissements bancaires.
- Compagnie d'électricité, compagnie des eaux, opérateurs de téléphonie, divers assureurs (automobile, vol MRH, etc...).
- Mutuelles et Caisses de retraite principales et complémentaires.
- Le Centre des Impôts.
- La Sécurité sociale.

## 9.3. AVANCE DES FRAIS D'INHUMATION

Si la famille de l'Adhérent ou de son Conjoint ne peut pas régler les frais d'inhumation, FILASSISTANCE leur accorde une avance **dans la limite de 3 000 €** contre remise d'un chèque de caution.

**Cette avance est remboursable dans un délai de 30 jours à compter de la date de remise par FILASSISTANCE de ladite avance.**

## 9.4. ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Lors de la survenance du décès de l'Adhérent ou de son Conjoint, FILASSISTANCE peut mettre en relation ses proches avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

## 10. ACCOMPAGNEMENT D'UN PROCHE PARENT AIDÉ : « L'AIDE A L'AIDANT »

### 10.1. SERVICE DE RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉPENDANCE

FILASSISTANCE communique à l'Assuré aidant toutes les informations dont il aurait besoin dans le cadre de la survenance de la dépendance d'un Proche parent aidé, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, FILASSISTANCE, le cas échéant et sur demande, met en contact l'Assuré aidant avec les organismes concernés.

### 10.2. BILAN 360°

Sur simple appel de l'Assuré aidant, FILASSISTANCE peut lui proposer un bilan « 360° de l'aidant ». Ce bilan permet d'analyser la situation de « couple » aidant / dépendant (ou handicapé) et de proposer les solutions adéquates. FILASSISTANCE s'engage à effectuer téléphoniquement un bilan global de la situation pour l'Assuré aidant et son Proche parent aidé en tenant compte du contexte et des conditions de vie, de l'entourage, des ressources financières, etc.

En fonction de la situation rencontrée et des besoins, FILASSISTANCE INTERNATIONAL, informe et oriente ses réponses selon les thématiques suivantes :

- Écoute
- Habitat
- Informations / formations
- Prévention santé
- Organisation vie au domicile / coordination
- Répit
- Juridique
- Financier

### 10.3. BILAN PRÉVENTION AUTONOMIE

À la demande de l'Assuré aidant, l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés..., réalise un « bilan prévention autonomie ».

Le bilan prévention autonomie de FILASSISTANCE aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (notamment l'isolement social, l'entretien du domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillement) et est à la disposition de l'Assuré aidant afin de favoriser le maintien à domicile de son Proche parent aidé et préserver sa qualité de vie.

L'équipe de FILASSISTANCE délivre des conseils et des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'Assuré aidant ou ses Proches parents aidés dans les démarches de maintien à domicile.

En fonction des besoins recensés par l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) pourra réaliser un diagnostic plus complet par téléphone sur l'aménagement de son habitat et de son environnement et proposer ainsi des solutions de prévention (pour éviter les hospitalisations ou les rechutes, rééducation, réadaptation afin d'améliorer l'indépendance, proposition d'aide spécifique au handicap, etc.) en synergie avec de différents intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du domicile, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules, etc..

**Les éventuels frais engagés sont à la charge de l'Assuré aidant ou à celle de ses Proches parents aidés.**

Le recours au médecin traitant sera systématiquement conseillé pour aborder l'approche médicale.

De plus, lors de ses entretiens téléphoniques, l'équipe de FILASSISTANCE aide l'Assuré aidant ainsi que ses Proches parents aidés à constituer un dossier perte d'autonomie/dépendance/handicap, à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière.

Selon la situation de l'Assuré aidant, l'équipe de FILASSISTANCE le conseille ainsi que ses Proches parents aidés sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, etc.), l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.

#### 10.4. BILAN PRÉVENTION PERTE DE MÉMOIRE DE L'ADHÉRENT

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE réalise une évaluation médico-psycho-sociale de l'Adhérent.

En cas de plainte mnésique objectivée, l'Adhérent est orienté vers une filière de prise en charge (évaluation spécialisée des fonctions cognitives, orientation vers les structures proposant une stimulation cognitive, écoute, information, accompagnement). En cas de vieillissement normal des fonctions cognitives, l'Adhérent peut bénéficier d'un programme d'entraînement et d'un accompagnement personnalisé.

#### 10.5. RECHERCHE D'UN ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ POUR LE PROCHE PARENT AIDÉ

Sur simple demande de l'Assuré aidant, FILASSISTANCE recherche des établissements médicaux spécialisés pouvant recevoir le Proche parent aidé.

Cette recherche est réalisée en fonction des différents besoins du Proche parent aidé, comme par exemple la zone géographique souhaitée, sa pathologie, son handicap, son degré de dépendance et son budget.

FILASSISTANCE communique par téléphone, courrier ou email à l'Assuré aidant une liste d'établissements à contacter, susceptibles de pouvoir prendre en charge son Proche parent aidé.

Si l'Assuré aidant le souhaite, FILASSISTANCE s'occupe des démarches et réserve un lit dans un de ces établissements spécialisés **sous réserve de l'accord du centre d'admission et/ou de la disponibilité de place.**

**Les frais engagés sont à la charge de l'Assuré aidant.**

#### 10.6. SERVICES D'ASSISTANCE « À LA CARTE »

FILASSISTANCE recherche et organise (**sous réserve des disponibilités locales**) des prestations pour :

- Assurer la livraison de repas, de courses, de médicaments,
- Trouver une aide-ménagère, un accompagnateur pour les déplacements,
- Trouver une auxiliaire de vie, des professionnels paramédicaux,
- Trouver un coiffeur, un pédicure, une esthéticienne, une dame de compagnie, un service "blanchisserie",
- Mettre en place la garde du domicile (vigile ou télésécurité),
- Garder les petits enfants, les animaux de compagnie,
- Préparer l'adaptation du logement (ergothérapeute ou autre) et tout autre service de proximité.

**Les frais engagés sont à la charge de l'Adhérent.**

#### 10.7. TÉLÉASSISTANCE POUR LE PROCHE PARENT AIDÉ

FILASSISTANCE met à la disposition du Proche parent aidé, un appareil de téléassistance qui lui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

D'un simple geste, il peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

Les prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels sont les suivantes :

- Gestion de la « fiche médicale » de l'abonné,
- Écoute 24 heures sur 24 par les équipes d'assistance,
- Présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée dans le centre d'appels de FILASSISTANCE,
- Dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médicale de FILASSISTANCE,
- Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (**sans prise en charge**).

**Les frais de mise en service de l'appareil sont pris en charge par FILASSISTANCE, les frais d'abonnement restent à la charge du Proche parent aidé.**

#### 10.8. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN COMPLÉMENT DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) OU DE LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

À la demande de l'Assuré aidant, après avoir fait un point sur la situation de son Proche parent aidé, **dépendant GIR 3, 2, 1, et avoir proposé un plan d'accompagnement à domicile, FILASSISTANCE aide à la mise en place de prestations à domicile en complément de celles déjà prévues dans le cadre du plan APA ou de la PCH le cas échéant.**

FILASSISTANCE informe l'Assuré aidant sur les différentes modalités de règlement des prestataires de services (paiement direct auprès de prestataires agréés pour bénéficier d'avantages fiscaux, avec ou sans chèque emploi-service universel, ...).

À partir de ce bilan réalisé par téléphone, FILASSISTANCE établit un plan d'aide à domicile en fonction des ressources financières du Proche parent aidé, voire de l'Assuré aidant s'il intervient dans le financement, en organisant les services et en définissant les plannings (et les prises de rendez-vous) auprès des prestataires (**dans la limite de 5**) proposés par FILASSISTANCE et choisis par l'Assuré aidant ; ces prestataires pouvant délivrer les prestations chroniques suivantes en fonction des besoins recensés (**liste non exhaustive**) :

- aide à domicile,
- auxiliaire de vie,
- portage des repas,
- aide administrative,
- accompagnement dans les déplacements ou petit bricolage.

Si l'Assuré aidant le souhaite, **tous les 6 mois**, FILASSISTANCE pourra le contacter pour faire un point sur la situation de son Proche parent aidé et ajuster le plan si nécessaire en fonction de l'évolution de son état. Par ailleurs, l'Assuré aidant pourra joindre directement FILASSISTANCE en cas de modification de l'état de son Proche parent aidé durant ce délai : aggravation de l'état de santé, **passage de GIR 3 à GIR 2, changement de structure d'habitat, modification du plan d'aide APA, etc.** **Les frais des prestations restent à la charge de l'Assuré aidant.**

#### 10.9. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES À LA CARTE ET À DESTINATION DU PROCHE PARENT AIDÉ POUR PALLIER L'ABSENCE DE L'ASSURÉ AIDANT EN CAS DE DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL IMPÉRATIF

FILASSISTANCE recherche et réalise, à la demande de l'Assuré aidant, un entretien téléphonique au sujet du Proche parent aidé dont il s'occupe avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider son Proche parent aidé.

À partir de cet échange téléphonique avec l'Assuré aidant, FILASSISTANCE établit un plan d'aide à domicile, organise et prend en charge des services au domicile de son Proche parent aidé). L'Assuré aidant pourra choisir des services à domicile dans les domaines suivants ( **dans la limite de 3 ) :**

- livraison de repas, de courses, de médicaments,
- aide-ménagère,
- aide administrative à domicile,
- accompagnateur dans les déplacements,
- auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux.

**Le montant de prise en charge par FILASSISTANCE, des prestations, est limité à 200 € TTC maximum par évènement et par an.**

#### **10.10. FORMATION DE L'ASSURÉ AIDANT D'UN PROCHE PARENT AIDÉ**

A la demande de l'Assuré aidant, FILASSISTANCE organise et prend en charge une formation sur la dépendance ou le handicap des Proches parents aidés (les bons gestes, les bonnes pratiques en matière de prévention, les aspects psychologiques, etc.).

FILASSISTANCE aide à la recherche de l'organisme de formation et prend en charge la formation de l'Assuré aidant, **à hauteur de 8 heures, avec un maximum de 300 € TTC par formation et par contrat, lorsque que celui-ci est confronté à la dépendance ou au handicap d'un Proche parent aidé dont il est l'aidant.**

L'évaluation de la dépendance du Proche parent aidé est faite téléphoniquement par la plateforme de FILASSISTANCE.

#### **10.11. GARDE À DOMICILE D'UN PROCHE PARENT AIDÉ EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE L'ASSURÉ AIDANT**

En cas d'hospitalisation imprévue de l'Assuré aidant, FILASSISTANCE organise et prend en charge la garde de son Proche parent aidé, **à l'exclusion des soins médicaux.**

Lorsque l'Assuré aidant se rendait régulièrement au domicile du Proche parent aidé, **au minimum 3 fois par semaine**, et que la **durée de l'hospitalisation est supérieure à :**

- 3 jours consécutifs ou discontinus sur un mois s'il s'agit d'hospitalisation ambulatoire

ou

- 2 jours en cas d'hospitalisation due à un accident

-

FILASSISTANCE organise la venue d'un intervenant qualifié pour garder le Proche parent aidé à son domicile et prend en charge les frais liés à son intervention, **dans la limite de 15 heures de garde réparties sur 5 jours consécutifs maximum.**

#### **10.12. AMÉNAGEMENT DU DOMICILE DE L'ADHÉRENT DEVENU DÉPENDANT OU HANDICAPÉ**

FILASSISTANCE organise, pour l'Adhérent devenu dépendant ou handicapé, désirant se maintenir à domicile, l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute) qui prépare l'adaptation du logement. Il est à la disposition de l'Adhérent dans les domaines suivants :

- conseils sur l'adaptation du logement,
- aide et conseil sur l'interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés,
- renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicules, associations.

**En cas de survenance de dépendance (GIR 3, 2, 1) ou du handicap de l'Adhérent, la visite de l'ergothérapeute est prise en charge à hauteur de 460 € TTC maximum par FILASSISTANCE dans le cadre de ce bilan. Cette prise en charge est limitée à une seule fois par année civile.**

**L'Assuré aidant pourra également demander un bilan pour le compte de son Proche parent aidé. Dans ce cas, l'éventuel déplacement d'un ergothérapeute sera à la charge de l'Assuré aidant ou de son Proche parent aidé.**

# Convention de preuve



## Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de Frais de Soins de Santé n° A040 F

### Article 1 – Objet et prise d'effet de la convention

Lorsqu'un candidat à l'assurance souhaite demander son adhésion au Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de Frais de Soins de Santé n° A040 F souscrit par Coverlife (dénommé « le Souscripteur ») auprès de CNP Assurances (dénommée « l'Assureur »), il peut effectuer cette opération en ligne via le site internet du Souscripteur (portail DocuSign). Cette opération d'adhésion est portée à la connaissance du candidat à l'assurance par tout moyen à la convenance du Souscripteur.

Conformément à l'article 1368 du Code Civil, la présente Convention a pour objet de définir les conditions dans lesquelles le candidat à l'assurance et l'Assureur reconnaissent aux documents électroniques signés par voie électronique, conformément à la politique et au procédé de signature retenu par l'Assureur pour signer électroniquement les documents d'assurance, la qualité de document original, et les admettent comme preuve au même titre qu'un écrit sur support papier.

La présente Convention de Preuve est conclue pour une durée indéterminée et prend effet à sa date de signature. A tout moment, sous réserve d'un préavis de 30 jours, chacune des Parties peut la résilier auprès de l'autre par lettre recommandée AR.

La présente Convention de Preuve est valable pour tous les contrats frais de santé signés électroniquement dont la convention de preuve est annexée. Dans tous les cas, la résiliation de la présente Convention ne remettra pas en cause la force probante des documents signés de manière dématérialisée avant la date de sa résiliation et à l'expiration du préavis de 30 jours.

### Article 2 – Règles régissant les opérations en ligne

#### 2.1. Identification / Authentification

Le dossier de demande d'adhésion à l'assurance est initié par le Souscripteur, à la demande du candidat à l'assurance qui communique à cet effet son adresse e-mail personnelle et son numéro de téléphone portable personnel.

Le candidat à l'assurance procède par la suite à sa demande d'adhésion directement en ligne, sur le site dédié du Souscripteur. Afin de pouvoir accéder à l'espace de demande d'adhésion à l'assurance du Souscripteur, visualiser les documents d'information précontractuels, remplir les documents contractuels relatifs à sa demande d'adhésion, les télécharger et les signer, le Candidat à l'assurance doit s'identifier sur le portail du prestataire de signature électronique au moyen d'un identifiant et d'un mot de passe :

- L'identifiant lui est transmis par le Souscripteur à l'issue de l'initialisation de la demande d'assurance ;
- Le mot de passe est transmis au seul Candidat à l'assurance par le Souscripteur via l'adresse électronique déclarée au Souscripteur.

#### 2.2. Utilisation du mot de passe

Le candidat à l'assurance s'engage envers l'Assureur à tenir rigoureusement secret le mot de passe personnel qui lui est adressé et à ne le noter sur aucun support susceptible de le rendre utilisable par une personne ou un processus autre que le détenteur légitime.

L'Adhérent accepte, du fait de la confidentialité du mot de passe, d'être, en toute circonstance, réputé comme l'unique auteur de tout acte adressé à l'Assureur et donc d'en supporter toutes les conséquences.

D'une manière générale, l'authentification du candidat à l'assurance par son mot de passe l'identifie comme auteur de la demande ou de l'acte.

En cas de perte, de vol ou d'utilisation frauduleuse, avérée ou non, du mot de passe, le candidat à l'assurance / l'Adhérent doit solliciter la mise à disposition par le Souscripteur d'un nouveau mot de passe, et ce au moyen de l'écran d'identification.

L'ancien mot de passe est alors immédiatement invalidé et le Souscripteur attribue dans le même délai au candidat à l'assurance / à l'Adhérent un nouveau mot de passe, qui est transmis sur son adresse électronique personnelle, telle que déclarée au Souscripteur.

Toutefois, par convention expresse, tout acte conclu jusqu'à la demande d'un nouveau mot de passe est réputé avoir été effectué par le candidat à l'assurance / l'Adhérent. En tout état de cause, l'Assureur ne peut en aucune façon voir sa responsabilité recherchée en cas d'utilisation irrégulière ou frauduleuse du mot de passe.

De même, il est de la responsabilité du détenteur du mot de passe de n'utiliser que des outils informatiques protégés contre les attaques informatiques, afin de ne pas porter atteinte à la sécurité des données contenues dans le portail de signature électronique et plus globalement à la sécurité du portail de signature électronique.

#### 2.3. Consentement

L'opération au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de Frais de Soins de Santé n° A040 F donne lieu à l'émission de documents précontractuels et contractuels à signer. En apposant sa signature électronique conformément à l'article 2.4, l'Adhérent reconnaît :

- Avoir pris connaissance de ces documents, et les avoir acceptés
- Que les documents d'assurance lui ont été remis par téléchargement, et/ou par e-mail, pour stockage numérique ou impression

La signature électronique des documents d'assurance est associée à un fichier de preuve signé électroniquement et horodaté par le Tiers de confiance. Ce fichier de preuve est archivé dans un coffre-fort électronique et accessible par l'Assureur et le Souscripteur.

Le fichier de preuve contient l'ensemble des actions effectuées par le signataire dans son compte dans le portail de signature électronique ainsi que les documents d'assurance signés.

#### 2.4. Description des modalités de signature électronique

Avant de signer électroniquement les documents qu'il a complétés, le signataire (l'Adhérent) doit les relire et confirmer par un clic ses réponses dans son compte dédié dans le portail de signature électronique. Dans le portail de signature électronique, il est convenu de façon expresse que la signature des documents d'assurance par voie électronique par le signataire (l'Adhérent) est réalisée de la manière suivante :

1. le signataire doit d'abord s'authentifier dans son compte en utilisant le lien internet reçu par e-mail sur l'adresse de messagerie communiquée lors de sa demande d'adhésion ;
2. répondre par un clic dans l'ensemble des cases à cocher quand il y est invité ;
3. télécharger, lire, comprendre et donner son accord à l'ensemble des documents précontractuels qui lui sont communiqués ;

4. signer le premier document d'assurance en renseignant le mot de passe temporaire (OTP - « *One Time Password* ») personnel à chaque signataire reçu sur le numéro de téléphone portable qui lui est personnel ;
5. signer les documents d'assurance en réalisant une signature manuscrite à l'aide de la souris de son ordinateur ou de son doigt s'il est sur un écran tactile. L'Adhèrent peut ensuite les documents contractuels signés par e-mail. Il peut également consulter ses documents signés depuis son tableau de bord, sur son compte personnel du portail de signature électronique.
6. au cours de ce processus, il est demandé de télécharger les documents précontractuels et contractuels.

La signature des documents d'assurance par l'Adhèrent entraîne le consentement de l'Adhèrent aux droits et obligations découlant du document en cause.

Les documents concernant l'Adhèrent doivent être stockés et conservés par ses soins sur son ordinateur ou tout autre moyen de stockage. Pour ce faire, l'Adhèrent doit télécharger dans son compte, sur le portail de signature électronique, l'ensemble des documents.

Dès qu'un compte est désactivé dans le portail de signature électronique, les documents d'assurance ne sont plus accessibles.

L'Adhèrent peut néanmoins, à tout moment, en demander une copie papier au Souscripteur.

Les documents d'assurance signés et horodatés, enregistrements techniques horodatés des opérations, effectués par les systèmes informatiques (le portail de signature électronique) du Souscripteur, contenus dans le fichier de preuve, et les justificatifs demandés, collectés, vérifiés et stockés par le Souscripteur pour l'enregistrement de l'Adhèrent ou leur reproduction par l'Assureur et le Souscripteur sur quel que support électronique que ce soit, constituent pour l'Adhèrent, l'Assureur et le Souscripteur la preuve des opérations effectuées et la justification de leur imputation.

Par convention expresse, l'Adhèrent reconnaît que ces enregistrements effectués à l'occasion de ces opérations, les documents d'assurance au format « PDF », comportant une signature par voie électronique apposée suivant le procédé accessible via les comptes des signataires dans le portail de signature électronique, les fichiers de preuves associés ou bien leur reproduction sur un support électronique ou papier, font foi, sauf preuve contraire, quant à l'existence d'un acte signé par ses soins et quant à son contenu.

L'Adhèrent reconnaît que la présente disposition l'engage directement à l'égard de l'Assureur, avec lequel il a souscrit par l'intermédiaire du Souscripteur et que l'Assureur est en droit de se prévaloir, pour lui rendre opposables, les enregistrements en cause.

L'Adhèrent autorise également le Souscripteur et ses prestataires à communiquer à l'Assureur tous les éléments de preuve, notamment ceux évoqués à l'article 2.1, dont celui-ci pourrait avoir besoin sans pouvoir lui opposer le secret professionnel.

## **ARTICLE 2.5 - FORCE PROBANTE DES DOCUMENTS SIGNÉS DE MANIÈRE DÉMATÉRIALISÉE**

L'Adhèrent accepte la Convention de Preuve dès la première opération effectuée au moyen d'une signature dématérialisée sur le contrat Frais de soins A040F de COVERLIFE. Dès lors, la Convention est valable pour toutes les demandes d'opérations ultérieures signées de manière dématérialisée. Les Parties conviennent expressément que tout document signé de manière dématérialisée dans les conditions de la présente Convention de Preuve selon la Procédure de signature dématérialisée mise en place :

- Constitue l'original dudit document ;
- Constitue une preuve littérale au sens de l'article 1316 du Code Civil : il a la même valeur probante qu'un écrit signé de façon manuscrite sur support papier et pourra valablement être opposé aux Parties ;
- Est susceptible d'être produit en justice, à titre de preuve littérale, en cas de litiges, y compris dans les litiges opposant les Parties.

En conséquence, les Parties reconnaissent que tout document signé de manière dématérialisée vaut preuve du contenu

dudit document, de l'identité du signataire et de son consentement aux obligations et conséquences de faits et de droit qui découlent du document signé de manière dématérialisée.

## **Article 3 – Transmission d'informations et de correspondances par voie électronique**

L'Assureur et le Souscripteur peuvent délivrer toutes informations, et plus généralement, adresser toutes correspondances à l'Adhèrent par courrier électronique, téléphone, e-mail ou courriel.

L'Adhèrent déclare pour sa part accepter sans restriction ni réserve que toutes informations puissent lui être délivrées par la voie électronique.

Il déclare et reconnaît que tout écrit qui lui est remis par l'Assureur ou par le Souscripteur sur support électronique a force probante de son envoi et de sa réception et peut lui être valablement opposé par l'Assureur.

Il est réputé de convention expresse et irrévocable avoir pris connaissance de manière incontestable du message en cause, du seul fait de son envoi sur l'adresse électronique, telle que déclarée au Souscripteur.

## **Article 4 – conservation des documents signés de manière dématérialisée**

Après la signature dématérialisée d'une opération, le document y afférant est transféré à un prestataire de services d'archivage électronique et par un tiers archiver Prima Insurance. Il est pris acte automatiquement de la réception du document qui est horodaté et archivé pendant 5 ans dans un coffre fort électronique conformément à la réglementation en vigueur afin de garantir son intégrité et sa confidentialité.

Chaque document signé de manière dématérialisée sera conservé par COVERLIFE et par un tiers archiver Prima

Insurance pendant la durée légale de conservation. Pendant cette période, l'Adhèrent pourra à tout moment demander une copie papier de l'opération en adressant un courrier simple au siège social de COVERLIFE.

## **Article 5 – Protection des données à caractère personnel**

En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique et aux libertés et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, il est précisé que les données à caractère personnel recueillies sont obligatoires pour l'adhésion et la gestion des contrat(s).

Elles pourront être communiquées et utilisées à des fins de gestion, d'étude des besoins, de conseil, de propositions commerciales adaptées, ou encore à des fins statistiques et de lutte contre la fraude. Elles pourront également être communiquées, si nécessaire, par Coverlife à ses partenaires dans la limite nécessaire à vous proposer un service de qualité. Ces données peuvent éventuellement être transférées en dehors de l'Espace Économique Européen en conformité avec les dispositions légales et réglementaires applicables moyennant des garanties appropriées. Les données sont conservées dans un cadre sécurisé pour une durée conforme aux obligations légales.

Vous disposez d'un droit d'accès, d'interrogation, de modification et de suppression des données en adressant votre demande accompagnée d'un justificatif de votre identité à Coverlife, soit par courrier : Coverlife, 4 rue Berteaux Dumas 92200 Neuilly-sur-Seine, soit par email : [contact@coverlife.fr](mailto:contact@coverlife.fr).

## **Article 6 – Droit applicable - juridictions compétentes**

La Convention de Preuve est soumise et interprétée conformément au droit français et tout litige relatif à la Convention de Preuve relève de la compétence des tribunaux civils français.