

COCOON ASSURANCE SANTÉ



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'assistant, 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 07/16 SWI valant information précontractuelle et contractuelle (article L 112-2 et article 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 55 ans au minimum et de moins de 80 ans, 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 1^{er} 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 deux 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 1^{er} 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 [nom, prénom] demeurant [adresse de l'adhérent] déclare renoncer à l'adhésion n° [numéro d'adhésion figurant sur le certificat d'adhésion] à laquelle j'avais souscrit le [date de la souscription] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant recueilli l'adhésion]. [Date] [Signature de l'adhérent]* ».

■ Information concernant l'Assureur

SwissLife Prévoyance et Santé, société anonyme au capital de 150 000 000 € RCS NANTERRE 322 215 021 Siège social : 7, rue Belgrand, 92300 LEVALLOIS-PERRET.

■ Information concernant l'Assisteur

Garantie Assistance, société anonyme au capital de 1 850 000 € - 312 517 493 RCS NANTERRE, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social est situé 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 Prudential 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 SwissLife Prévoyance et Santé, - Responsable des Relations Consommateurs - 7, rue Belgrand, 92300 LEVALLOIS-PERRET.

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'assistant ou les prestations d'assistance peut être adressée à Garantie Assistance - Service Gestion Relation Clientèle - 6 rue André Gide 108, Bureaux de la Colline - 92210 SAINT-CLOUD.

COCOON ASSURANCE SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION

Notice d'information réf. NI CAS 07/16 SWI valant information précontractuelle et contractuelle (article L 112-2 et article L 112-2-1 du code des assurances) pour le contrat d'assurance collectif à adhésion facultative Cocoon Assurance Santé souscrit sous le numéro A5405.

SOMMAIRE

Dispositions spécifiques à la vente à distance.....	1	Art. 18 - Réclamation	8
Définitions	2	Art. 19 - Médiation	8
Art. 1 - Quelques définitions utiles	2	Art. 20 - Autorité chargée du contrôle des assurances....	8
Partie 1 - Votre complémentaire santé	3	Art. 21 - Enregistrement des communications.....	8
Art. 2 - La nature du contrat.....	3	Partie 2 - Vos prestations d'assistance.....	8
Art. 3 - L'objet du contrat	3	Les garanties d'assistance santé	
Art. 4 - Le caractère du contrat.....	4	Art. 1 - Généralités	8
La vie du contrat		Assistance	
Art. 5 - Les conditions et les formalités d'adhésion	4	Art. 2 - Garanties accordées.....	11
Art. 6 - Les cotisations	4	La protection juridique santé	
Art. 7 - La résiliation de l'adhésion	5	Art. 3 - Généralités	22
Art. 8 - Les obligations de l'adhérent.....	5	Art. 4 - Mise en oeuvre de la garantie	
Art. 9 - La fraude et la fausse déclaration.....	6	Protection Juridique	23
Art. 10 - L'étendue territoriale des garanties	6	Annexe - Tableaux des garanties	25
Art. 11 - La prescription	6	Silver Budget.....	25
Vos garanties		Silver Eco.....	26
Art. 12 - Les prestations couvertes.....	6	Silver Essentiel	27
Art. 13 - Le règlement des prestations	6	Silver Confort	28
Art. 14 - Les exclusions	7	Silver Privilège.....	29
Art. 15 - La subrogation	7		
Dispositions diverses et informations légales			
Art. 16 - Loi applicable au contrat	7		
Art. 17 - Informatique et Libertés	7		

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA VENTE À DISTANCE

Information précontractuelle dans le cadre de la vente à distance
Les présentes dispositions valent également notice d'information à caractère commercial dans le cadre de la vente à distance. En vue de nos relations précontractuelles, contractuelles ainsi que de la rédaction du contrat, la langue française sera applicable. La loi applicable à nos relations précontractuelles et au contrat est la loi française.

Droit de renonciation à l'adhésion

Vous pouvez renoncer à l'adhésion lorsqu'elle a été conclue à distance sans pénalités et sans obligation de motivation, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de 30 jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où vous recevez les conditions contractuelles et toutes autres informations complémentaires si ce dernier jour est postérieur à celui de la conclusion de l'adhésion.

La renonciation prend effet au moment de la notification.

Dans les trente jours suivant la réception de la lettre de renonciation, la compagnie d'assurance procédera au remboursement des sommes versées correspondant à la période au titre de laquelle la garantie n'est plus accordée.

Date de prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion sous réserve du paiement effectif des cotisations. Il ne peut prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation sauf acceptation expresse de l'adhérent.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À L'ADHÉSION PAR INTERNET

Modalités d'adhésion

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.

Responsabilités

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.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À L'ADHÉSION PAR VOIE TÉLÉPHONIQUE

Modalités d'adhésion

L'adhésion est conclue par échange de consentement oral avec enregistrement vocal de l'accord téléphonique, à la date de l'entretien téléphonique au cours duquel les caractéristiques de l'adhésion par téléphone et du contrat vous sont présentées et au cours duquel vous demandez l'adhésion à l'assurance. Après l'adhésion les informations précontractuelles et contractuelles vous sont adressées par voie postale ou par e-mail ou par impression des documents sur le site via votre espace personnel.

Preuve de l'adhésion

Les parties conviennent que les enregistrements des conversations sont conservés par l'assureur ou l'intermédiaire en assurance et qu'ils constituent la preuve de l'identité de l'adhérent, de son consentement à l'assurance, de la teneur du contrat, des moyens de paiement de la cotisation d'assurance et des opérations effectuées en cours de contrat.

De manière générale, les parties conviennent qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même la preuve apportée par l'adhérent consisterait en un document établi sur support papier.

DÉFINITIONS

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

1. QUELQUES DÉFINITIONS UTILES

VOUS

Désigne les assurés (adhérents et bénéficiaires).

ACCIDENT

Est considéré comme un accident toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'adhérent ou du bénéficiaire, à la suite d'évènements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures. **Ne sont pas considérés comme accidents mais comme maladies : les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Celles-ci peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale, une lombalgie, un lumbago, une sciatalgie ou une hernie.**

ACTES DE PRÉVENTION

Mesures destinées à éviter la survenance d'un accident, l'apparition d'une maladie, ainsi que les moyens visant à en limiter l'aggravation ou les séquelles.

ADHÉRENT

Toute personne physique est désignée par le terme « adhérent » de par son appartenance au contrat. L'adhérent souscrit le contrat pour lui-même et pour les bénéficiaires qu'il désigne.

AMM

Autorisation de Mise sur le Marché, accordée aux médicaments ayant prouvé leur efficacité et leur sécurité d'emploi, délivrée par l'AFSSAPS (Agence française de Sécurité sanitaire des produits de santé).

ANNÉE D'ASSURANCE

Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé.

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Régimes obligatoires couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

ASSURÉ SOCIAL

Toute personne immatriculée à titre personnel à un régime obligatoire d'assurance maladie.

ASSUREUR

SwissLife Prévoyance et Santé, dont le siège social est au 7, rue Belgrand, 92300 LEVALLOIS-PERRET.

AVENANT

Modification demandée en cours d'adhésion et faisant partie intégrante de l'adhésion.

AYANT DROIT

Toute personne à la charge de l'assuré social au sens de la Sécurité sociale et bénéficiant à ce titre des prestations.

BASE DE REMBOURSEMENT = BRSS

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

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par

un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession

- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux

BÉNÉFICIAIRE

Toute personne assurée, nommément désignée sur le bulletin d'adhésion, et acceptée par l'assureur.

CONJOINT DE L'ADHÉRENT

La personne mariée à l'adhérent OU la personne signataire d'un pacte civil de solidarité (Pacs) avec l'adhérent OU le concubin notoire, libre de tout lien conjugal ou de Pacs avec l'assuré et vivant sous le même toit que l'adhérent.

CURE THERMALE

La cure thermale doit obligatoirement être prescrite par un médecin.

DÉPASSEMENT DE TARIF

Montant excédant la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et non pris en charge par la Sécurité sociale.

ÉCHÉANCE PRINCIPALE

Date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Somme forfaitaire que votre régime obligatoire d'assurance maladie laisse à votre charge en cas d'hospitalisation, correspondant à des frais hôteliers.

GÉNÉRATION

Société de courtage d'assurance, en charge de la gestion des prestations du contrat d'assurance.

HOSPITALISATION

Séjour prescrit par un médecin, effectué par un bénéficiaire pendant au moins une nuit, dans un établissement médical de soins agréé, public ou privé, pour y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux nécessités par une maladie, un accident ou une maternité.

INLAY / ONLAY

Techniques employées en dentisterie qui permettent de reconstruire une dent tout en la gardant vivante et d'éviter d'avoir à réaliser une prothèse.

MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien, pédicure, podologue.

PHARMACIE

Produits prescrits par un médecin pour prévenir ou guérir une maladie ou les suites d'un accident garanti, et délivrés par un pharmacien.

PRESCRIPTION

Délai au terme duquel toute action dérivant du contrat est éteinte.

RÉSILIATION

Cessation des effets de l'adhésion.

SOINS COURANTS

Frais exposés pour une maladie ou un accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et qui donnent lieu à un remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale.

TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITÉ

TFR est un tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments.

TÉLÉTRANSMISSION

Système informatique d'échange d'informations.

TICKET MODÉRATEUR

Part de dépense laissée à la charge du bénéficiaire des soins, correspondant à la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire d'assurance maladie.

PARTIE 1 : VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

2. NATURE DU CONTRAT

Il s'agit d'un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par Coverlife ci-après dénommé « Souscripteur », auprès de SwissLife Prévoyance et Santé ci-après dénommées « Assureur ».

Ce contrat est régi par le code des assurances.

Il peut faire l'objet de modifications ; à cette occasion, une information écrite est adressée aux adhérents par le Souscripteur.

GARANTIES « CONTRAT SOLIDAIRE »

L'accès au contrat et aux garanties proposées dans le cadre des différentes formules est acquis quel que soit l'état de santé de l'Assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

GARANTIES « CONTRAT RESPONSABLE »

Les garanties des différentes formules du contrat Nom Produit s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale ainsi que ses décrets d'application, dont notamment :

- La prise en charge de la participation des assurés dans les conditions définies à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale,
- La non prise en charge :
 - de la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations,
 - du dépassement d'honoraires en cas de non-respect
 - du parcours de soins,
 - de la participation forfaitaire,
 - des franchises médicales.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des Adhérents.

3. OBJET DU CONTRAT

Le contrat 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. Ce 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.

4. LE CARACTÈRE DU CONTRAT

Le contrat respecte les critères des contrats responsables prévus par l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et dont dépend le bénéfice des avantages sociaux et fiscaux des contrats complémentaires.

En cas d'évolutions législatives ou réglementaires touchant « les contrats responsables », le contrat pourra faire l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique. Les adhérents en seront informés préalablement.

LA VIE DU CONTRAT

5. LES CONDITIONS ET LES FORMALITÉS D'ADHÉSION

5.1. QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?

Toute personne physique âgée de 55 ans au minimum et assujettie à un régime d'assurance maladie obligatoire en vigueur en France métropolitaine peut bénéficier de ce contrat en qualité d'adhérent. L'âge de l'adhérent, à la date d'effet de l'adhésion, doit être inférieur à 81 ans.

Quelle que soit la garantie souscrite, les bénéficiaires des contrats d'assurance Coccoon Assurance Santé peuvent être :

- Le conjoint de l'adhérent, assujetti à titre personnel ou à titre d'ayant droit, dont l'âge à l'adhésion est inférieur à 81 ans

Les limites à l'adhésion pour l'ensemble des bénéficiaires : les bénéficiaires doivent relever du régime obligatoire de l'adhérent. En cas de régime obligatoire différent, le bénéficiaire doit souscrire un contrat distinct relevant de son propre régime obligatoire.

Pour la détermination de l'âge de l'assuré, nous prenons celui de l'assuré au 31 décembre de l'année. Tout assuré résilié dans le cadre d'une adhésion au présent contrat ne pourra être de nouveau admis que sur accord express de l'Assureur.

5.2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

5.2.1. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée :

- À l'acceptation par l'Assureur des personnes à garantir et
- À l'encaissement de la 1^{ère} cotisation relative à l'adhésion au contrat selon les modalités fixées par l'article 6.1 de la présente notice d'information

DATE DE PRISE D'EFFET

L'adhésion prend effet à partir de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Dans le cas où la demande d'adhésion a été faite par courrier avec envoi d'un bulletin individuel d'adhésion, si la date d'effet souhaitée est antérieure à la date de réception du bulletin individuel d'adhésion par le Souscripteur, alors l'adhésion prendra effet au plus tôt à la date de réception par le Souscripteur.

5.2.2. DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

Vous adhérez au présent contrat à compter de la date de la 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 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations et du respect des conditions d'adhésion.

L'adhésion est viagère dès la date d'effet. Une fois la demande d'adhésion acceptée, un adhérent ne peut plus être radié ou voir sa cotisation majorée, en raison d'une dégradation de son état de santé ou de sa consommation médicale.

L'adhésion se renouvellera ensuite au 1^{er} janvier de chaque année, par tacite reconduction sans intervention de la part de l'Adhérent, sauf dénonciation formulée par lui-même, l'Assureur ou l'Association et, dans les conditions mentionnées à l'article 8.1.

5.2.3. FACULTÉ DE RENONCIATION

Vous disposez de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu dans les conditions d'une vente à distance.

L'article L 112-9 alinéa 1 du code des assurances énonce notamment :

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

Ce droit vous est reconnu pendant un délai de 14 jours calendaires révolus.

Ce délai commence à courir à compter du jour :

- De la conclusion du contrat
 - De la réception des informations obligatoires et conditions contractuelles si cette date est postérieure
- et expire le dernier jour à 24h00.

Pour l'application du présent contrat, le délai de renonciation est porté à 30 jours calendaires.

Afin de renoncer à l'adhésion, il convient de nous adresser à l'attention de Coccoon 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 [nom, prénom] demeurant [adresse de l'adhérent] déclare renoncer à l'adhésion n° [numéro d'adhésion figurant sur le certificat d'adhésion] à laquelle j'avais souscrit le [date de la souscription] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant recueilli l'adhésion]. [Date] [Signature de l'adhérent] ».

La renonciation entraîne résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

En cas de **renonciation**, vous n'êtes tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la **résiliation**.

5.3. MODIFICATION DE VOTRE GARANTIE

La formule choisie s'applique à l'adhérent et à l'ensemble des bénéficiaires du contrat.

Aucune modification de formule n'est possible la 1^{ère} année d'assurance.

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.

6. LES COTISATIONS

6.1. MONTANT À L'ADHÉSION

Le coût de l'adhésion au présent contrat est exprimé en euros et comprend les frais et taxes.

Le montant des cotisations mensuelles est précisé sur le certificat d'adhésion.

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement sur le compte bancaire dont vous êtes titulaire ou sur le compte désigné par vos soins lors de votre adhésion.

La notification des prélèvements au titre d'une année d'assurance donnée est effectuée par le biais du certificat d'adhésion lors de

la souscription, de l'avis d'échéance lors du renouvellement et de l'avenant en cas de modification du contrat.

La cotisation peut également être payée par carte bancaire.

6.2. VARIATION DES COTISATIONS EN COURS D'ADHÉSION

Les cotisations du contrat évoluent au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de :

- L'âge atteint par les personnes assurées
- Du résultat enregistré par le contrat collectif au cours de l'exercice précédent
- De l'évolution de la consommation médicale
- Du lieu de domicile de l'adhérent
- Du changement de régime de base de l'assuré social

En cas de modification du régime de base de la Sécurité sociale ou de variation d'intervention dans le montant laissé à votre charge par votre régime, l'Assureur se réserve le droit de modifier également les cotisations, éventuellement en dehors de la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion.

6.3. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Le rejet du prélèvement est considéré comme défaut de paiement au titre du contrat.

En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction des cotisations dans les dix jours de leur échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution des contrats en justice, peut, par une lettre recommandée valant mise en demeure au titre du contrat, adressée à votre dernier domicile connu, suspendre les garanties trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension des garanties résultant de la mise en demeure vous fait perdre et aux bénéficiaires du contrat, même si les cotisations sont acquittées ultérieurement, le droit aux prestations pour :

- Les soins reçus et les frais engagés pendant la période de suspension
- Les hospitalisations ayant débuté pendant la période de suspension
- Les accidents survenus pendant la période de suspension, quelles qu'en soient leurs suites et conséquences

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviendront automatiquement exigibles après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Les sommes non payées à bonne date porteront intérêt au taux légal à compter de la date de mise en demeure restée infructueuse.

L'adhésion au contrat prend fin dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-dessus, par notification faite dans la lettre de mise en demeure.

7. LA RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

7.1. RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT

La résiliation peut se faire 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**.

7.1.1. CONDITIONS DE RÉSILIATION

Votre adhésion est résiliable moyennant un préavis de deux mois à la date anniversaire de l'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 1^{er} janvier.

7.1.2. EN CAS DE MAJORATION DES COTISATIONS

L'adhésion est résiliable par l'adhérent en cas d'augmentation de la cotisation appliquée dans les conditions prévues à l'article 6.2 de la présente Notice d'information. Vous pourrez résilier l'adhésion dans un délai d'un mois suivant la date où vous aurez eu la notification de l'augmentation.

La résiliation prendra effet un mois après notification à l'Assureur. Celui-ci aura droit à la portion de cotisation calculée sur les bases de la cotisation précédente, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

7.2. À LA SUITE DE LA SURVENANCE D'UN ÉVÈNEMENT

L'adhérent et l'Assureur peuvent résilier l'adhésion en cas de :

- Changement de profession
- Changement de situation matrimoniale
- Changement de régime matrimonial
- Changement de domicile hors de France métropolitaine
- Retraite professionnelle ou cessation définitive 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 (article L 113-16 du code des assurances)
- Affiliation à un contrat collectif obligatoire
- Acquisition de la CMU : si vous obtenez le bénéfice de la protection complémentaire CMU (Art. L 861-3 du code de la Sécurité sociale)

Durant la première année de garantie, la résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois qui suivent la date de l'évènement et prend effet un mois après que l'autre partie en ait reçu notification.

Au-delà, elle peut intervenir à la date anniversaire de l'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 1^{er} janvier moyennant un préavis de deux mois.

7.3. RÉSILIATION DU FAIT DE L'ASSUREUR

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement de la cotisation dans les conditions prévues à l'article 6.3 de la présente Notice d'information (article L 113-3 du code des assurances)
- En cas de réticence ou de déclaration intentionnellement fautive, d'omission ou de déclaration inexacte de circonstances connues de l'adhérent dans la déclaration du risque ou en cours d'adhésion (articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances)
- Lorsque l'adhérent ne relève plus d'un régime d'assurance maladie obligatoire en France métropolitaine. Dans ce cas, la résiliation prendra effet de plein droit un mois après la date à laquelle l'Assureur aura eu connaissance de la nouvelle situation

8. LES OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT EN COURS D'ADHÉSION

Vous devez signaler à Coverlife la survenance d'un évènement mentionné à l'article 7.2. du contrat, par écrit, dans un délai de quinze jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, tout changement de régime d'assurance maladie obligatoire, ainsi que toute modification du nombre d'ayants droit à l'adresse suivante **Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex** ou par e-mail à l'adresse suivante : santé@cocoon.fr.

EN CAS DE SINISTRE

Vous devez remettre à Génération toutes pièces concernant les frais exposés lui permettant de déterminer le montant de sa participation. **Coordonnées de Génération** : E-mail : santé@generation.fr / Adresse postale : Génération - 29080 QUIMPER cedex 9 / Téléphone : 02 98 51 38 00 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

9. LA FRAUDE ET LA FAUSSE DÉCLARATION

Si vous ne fournissez pas les pièces demandées, vous êtes déchu de tout droit aux prestations pour le sinistre en cause. Si, de mauvaise foi, vous ou l'un des bénéficiaires fait de fausses déclarations, exagérez le montant des frais, employez comme justification des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux, vous ou le bénéficiaire concerné êtes entièrement déchu de tout droit aux prestations.

10. L'ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties du présent contrat sont acquises pour des frais engagés dans le monde entier aussi longtemps que vous relevez d'un régime obligatoire d'assurance maladie en vigueur en France métropolitaine. Les garanties se limitent hors de France aux seules prestations pour lesquelles le régime obligatoire aurait effectué un remboursement.

11. LA PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable. Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le code des assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

Délai de prescription :

Aux termes de l'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'évènement 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'adhérent 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'adhérent 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'adhérent 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'adhérent. »*

Causes d'interruption de la prescription :

Aux termes de l'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 accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »*

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- Toute assignation ou citation en justice, même en référé
- Tout acte d'exécution forcée
- Toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'adhérent
- Toute reconnaissance de dette de l'adhérent envers l'Assureur

- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution

VOS GARANTIES

Les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'application sont décrites dans le « Tableau des garanties » annexé à la présente Notice d'information, remis lors votre adhésion. Le remboursement s'effectue, dans la limite des frais réellement engagés, selon la formule choisie par l'adhérent et acceptée par l'Assureur.

12. LES PRESTATIONS COUVERTES

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être pris en charge, en fonction des garanties et limites décrites dans le tableau des garanties.

Les garanties exposées dans le tableau des garanties couvrent des prestations avec et sans prise en charge du régime de base obligatoire.

Les garanties sont exprimées :

- Soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, incluant le « remboursement obligatoire » et, dans la limite des frais réels
- Soit en euros dans la limite d'un forfait dans l'année d'assurance ou d'un forfait journalier, incluant le cas échéant, le remboursement du régime obligatoire, dans la limite des frais réels

Seuls les dépassements autorisés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon les différentes formules, s'ils sont pratiqués avec tact et mesure comme prévu par le code de déontologie des praticiens.

13. LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Le règlement est effectué sur la base des décomptes transmis directement par votre régime obligatoire d'assurance maladie à Génération.

Si le régime obligatoire ne peut pas transmettre directement le décompte, vous devez envoyer à Génération les originaux des décomptes de remboursement.

Dans le cas où le décompte ne mentionne pas les frais réels, vous devez joindre les factures et notes attestant du montant de la dépense réelle ; à défaut, les frais réels sont considérés comme n'excédant pas le tarif retenu par le régime obligatoire.

Pour déterminer le montant de sa participation, l'assureur peut demander la facture détaillée et le cas échéant, la prescription médicale. A réception, l'assureur fixe le montant de sa participation en fonction des garanties souscrites et procède au remboursement.

13.1 LES HONORAIRES MÉDICAUX

Seuls les dépassements autorisés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon les différentes formules.

Le taux de remboursement autorisé varie selon que le médecin consulté a adhéré ou non à l'option pratique tarifaire maîtrisée.

L'Option pratique tarifaire maîtrisée : il s'agit d'un contrat conclu entre le médecin et la Sécurité sociale par lequel le médecin s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires.

Pour que le contrat complémentaire santé soit responsable, le taux de remboursement des honoraires médicaux des médecins n'ayant pas souscrit l'option pratique tarifaire maîtrisée sera toujours inférieur au taux de remboursement de ceux ayant adhéré à ce contrat.

13.2 LE FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Seul le forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L 174-4 du code de la sécurité sociale c'est-à-dire facturé par les établissements de santé fait l'objet d'un remboursement. Le

forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux ne fait pas l'objet d'une prise en charge (exemple : les maisons d'accueil spécialisées ou les EHPAD).

13.3 LES ACTES DE PRÉVENTION

Les actes de prévention mentionnés dans le tableau de garantie s'entendent des actes listés par arrêté ministériel. L'ensemble des actes inscrits sur cette liste font l'objet d'un remboursement dès lors qu'ils sont prescrits par le médecin traitant.

13.4 LES PRESTATIONS SANS PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Les médicaments, vaccins et moyens contraceptifs

La participation prévue dans le Tableau des garanties pour les médicaments sans prise en charge de l'assurance maladie obligatoire s'applique exclusivement aux médicaments non homéopathiques ayant fait l'objet d'une AMM et vendus en pharmacie d'officine en France.

La condition de la vente en pharmacie d'officine en France s'applique également aux moyens contraceptifs et aux vaccins.

Le règlement s'effectue sur la base de l'original de la facture acquittée détaillée comprenant obligatoirement :

- L'identification de l'officine française
- L'identification de l'adhérent et/ou du bénéficiaire
- La date d'achat
- Le nom commercial du médicament, vaccin ou moyen contraceptif, avec son prix
- Le montant total de la facture

Les médecines complémentaires

Les actes de médecine complémentaire sont uniquement remboursés s'ils sont pratiqués en France et sur la base de l'original de la facture acquittée détaillée avec identification du praticien, identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires, nature de l'acte, nombre de séances, prix de l'acte et le montant total perçu.

13.5 LES PRESTATIONS OPTIQUES

Les forfaits énoncés dans le tableau de garantie s'entendent :

- Pour un équipement optique comprenant deux verres et une monture
- Remboursement du ticket modérateur inclus
- Le remboursement de la monture ne pouvant jamais excéder 150 euros par forfait

Pour les mineurs

Le remboursement est accordé lorsqu'un délai de 12 mois est écoulé entre la date de deux achats optiques.

Pour les adultes

Le remboursement est accordé lorsqu'un délai de 24 mois est écoulé entre la date de deux achats optiques. Ce délai est ramené à 12 mois lorsque le renouvellement de l'équipement fait suite à une évolution de la vue qui devra être justifiée par la prescription médicale ou par le devis et la facturation de l'opticien.

Le forfait lentille

Il est accordé pour chaque année de garantie et pour chaque bénéficiaire du contrat. Il intervient sur présentation d'une facture détaillée acquittée comprenant obligatoirement :

- L'identification de l'opticien
- L'identification de l'adhérent et/ou du bénéficiaire
- La date de prescription
- La date de paiement
- La nature de l'achat (lentilles, produit d'entretien) et les références Sécurité sociale des produits

13.6 PRINCIPE INDEMNITAIRE - PLURALITÉ D'ORGANISMES ASSUREURS

Les remboursements ou indemnisations des frais occasionnés par

une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L 861-3 du code de la Sécurité sociale* (alinéa 1 de l'article 9 loi du 31 décembre 1989). Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire (assuré / adhérent) du contrat d'assurance peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1 décret n° 90-769 du 30 août 1990).

**Prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé.*

13.7 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.

14. LES EXCLUSIONS

L'assureur ne prend pas en charge les frais qui sont la conséquence de :

- La guerre civile ou étrangère
- La désintégration du noyau atomique

15. LA SUBROGATION

L'Assureur est subrogé, dans les termes de l'article L 121-12 du code des assurances, dans les droits et actions de l'adhérent contre tout responsable du sinistre, jusqu'à concurrence des prestations payées.

DISPOSITIONS DIVERSES ET INFORMATIONS LÉGALES

16. LOI APPLICABLE AU CONTRAT

La loi applicable au contrat et à la relation précontractuelle est la loi française, y compris les dispositions impératives applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Toute relation entre les parties se fait en langue française, ce que chaque partie accepte expressément.

17. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Informatique et liberté (Loi n°78-17 du 06/01/78 modifiée par la Loi n° 2004-801 du 06/08/04)

Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet d'un traitement principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection et animations commerciales, études statistiques, obligations légales et lutte contre la fraude, cette dernière finalité pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus, ces informations pourront être utilisées par les entités de notre groupe et pourront le cas échéant être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, sous-traitants missionnés ainsi qu'aux organismes d'assurance des personnes impliquées et aux organismes et

autorités publics.

Les informations médicales sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale.

Afin de se conformer à ses obligations légales, le responsable du traitement met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à la loi n° 78-17 du 06/01/78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06/08/04 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant. Par ailleurs, nous vous informons que vous pouvez vous opposer aux démarches téléphoniques en vous inscrivant sur le site www.bloctel.gouv.fr. Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier à votre assureur à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine Pardon, 69814 TASSIN cedex.

18. RÉCLAMATION

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat d'assurance, consultez d'abord Coverlife.

Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation au : **Responsable des Relations Consommateurs - SwissLife Prévoyance et Santé - 7, rue Belgrand, 92300 LEVALLOIS-PERRET**

Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais, lesquels ne sauraient excéder deux mois sauf circonstances exceptionnelles qui vous seraient alors exposées.

19. MÉDIATION

Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, les coordonnées du Médiateur pourront vous être communiquées sur simple demande auprès de l'Assureur. Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des différends opposant l'Assureur à un particulier et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Seuls les différends concernant des particuliers sont de la compétence du Médiateur. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation sur le site de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (www.ffsa.fr).

20. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DES ASSURANCES

L'autorité de contrôle de SwissLife Prévoyance et Santé, de Coverlife et de Génération est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS cedex.

21. ENREGISTREMENT DES COMMUNICATIONS

Outre l'enregistrement des communications en cas d'adhésion par voie téléphonique, pour des besoins de gestion interne liés à notre souhait constant d'amélioration de la qualité de notre accueil, vous êtes informés que vos communications téléphoniques avec Coverlife et Génération peuvent faire l'objet d'un enregistrement. Ces enregistrements sont conservés pendant un délai maximum de trois mois.

PARTIE 2 : VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance suivantes sont assurées par Garantie Assistance.

Comment contacter Garantie Assistance

- Téléphone
- De France : 09 77 40 68 64
- De l'Étranger : +33 9 77 40 68 64

- Télécopie : 09 77 40 17 88
- Courriel : operations@garantieassistance.fr

24 heures sur 24, en indiquant

le numéro de votre contrat :

2604

IMPORTANT : Pour que les prestations d'assistance soient acquises, Garantie Assistance doit avoir été prévenue (par téléphone ou télécopie) et avoir donné son accord préalable.

SwissLife Prévoyance et Santé (ci-après S.L.P.S.) a souscrit au profit de ses assurés un contrat collectif d'assistance n°2604 auprès de Garantie Assistance (ci-après G.A.).

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordées aux adhérents d'un contrat complémentaire santé collectif souscrit auprès de S.L.P.S.

Ces prestations sont assurées et gérées par Garantie Assistance, société anonyme au capital de 1 850 000 € - 312 517 493 RCS NANTERRE, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social est situé 108 bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD.

LES GARANTIES D'ASSISTANCE SANTÉ

1. GÉNÉRALITÉS

1.1. BÉNÉFICIAIRES

Dès lors qu'ils adhèrent à un contrat souscrit auprès de S.L.P.S. et que leur domicile* fiscal est situé en France tel que définit au 1.4, ont la qualité de bénéficiaires des garanties d'assistance :

- L'adhérent* au contrat
- Son conjoint*

1.2. VALIDITÉ TERRITORIALE

Les garanties sont utilisables au domicile* du bénéficiaire en France* telle que définie au 1.4.

Pour l'application des garanties, il est précisé que la totalité de la prestation d'assistance (point de départ et d'arrivée du transfert, de l'acheminement ou du transport, aller et retour du prestataire intervenant) est fournie au sein de la zone de résidence du bénéficiaire (cf. définition de la France).

1.3. PRISE D'EFFET ET DURÉE

L'ensemble des garanties définies dans la présente Convention suit le sort du contrat d'assurance auquel il se rattache et dont il fait partie intégrante (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile*, avenant, suspension, résiliation, etc.).

Les garanties sont acquises à tout bénéficiaire visé au 1.1 dès lors que l'événement à l'origine de sa demande d'assistance survient durant la période de validité de cette convention et au plus tôt le 1^{er} Juillet 2016.

Les garanties prennent fin :

- À la fin de l'adhésion au contrat collectif santé « SWISSLIFE COLLECTIVES SUR MESURE »
- À la date de résiliation de la convention d'assistance N°2604 dans ce cas S.L.P.S. informera les Bénéficiaires de cette cessation

1.4. DÉFINITIONS

Pour l'application de la présente Convention d'assistance, on entend par :

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle provenant d'un évènement* soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire et indépendante de la volonté de ce dernier.

ADHÉRENT

Personne physique ou morale ayant souscrit l'adhésion au contrat collectif S.L.P.S.

AIDANT

L'adhérent* (ou le conjoint*) qui apporte une assistance quotidienne au proche parent* qui se trouve en état de dépendance*.

ASCENDANT DÉPENDANT

Le père et la mère de l'adhérent* (ou son conjoint*) dont la perte d'autonomie nécessite la présence de l'adhérent* (ou son conjoint*) pour l'assister dans l'accomplissement quotidien des actes de la vie courante : toilette, habillage, alimentation, préparation des repas, ménage ou déplacements.

ATTEINTE CORPORELLE GRAVE

Maladie* ou accident* causant une dégradation significative de l'état de santé du bénéficiaire et nécessitant un traitement médical urgent et/ou long.

CONJOINT

Le conjoint proprement dit de l'adhérent*, ou son concubin ou son partenaire lié par Pacte Civil de Solidarité.

DÉPENDANCE

État de la personne qui relève au moins de la catégorie GIR 4 (grille nationale Aggir) qui regroupe d'une part, des personnes qui ne sont pas en mesure de se lever, se coucher, s'asseoir seules mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage et d'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

DOMICILE

Le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires, situé en France, Principauté d'Andorre ou de Monaco, mentionné au certificat d'adhésion au contrat collectif frais de santé souscrit auprès de S.L.P.S.

EVÈNEMENT

Selon la garantie sollicitée, la maladie*, l'accident*, l'agression physique, le décès, la grossesse, l'accouchement ou la maternité. Frais de séjour : frais d'hôtel petit-déjeuner continental inclus.

FRANCE

France Métropolitaine (Corse incluse), Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion, ainsi que Principautés d'Andorre ou de Monaco. Pour l'application des garanties, on distingue deux zones de résidence :

- Zone outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane ou Réunion
- Zone européenne : France Métropolitaine (Corse comprise), Principautés d'Andorre et Monaco

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement de santé supérieur à 48 heures consécutives (sauf cas spécifique à une garantie), effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un accident ou d'une maladie*.

L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité(e) à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

IMMOBILISATION

Toute immobilisation temporaire au domicile*, supérieure à 5 jours consécutifs, médicalement prescrite, et consécutive à un accident* ou une maladie*.

MALADIE

Altération de la santé, constatée par une autorité médicale habilitée.

PROCHE PARENT

Ascendants et descendants au 1^{er} degré ou conjoint* ci-dessus.

ZONE DE RÉSIDENCE

Le lieu où se situe le domicile* divisé en

- Zone outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane ou Réunion
- Zone européenne : France Métropolitaine (Corse comprise), Principautés d'Andorre et Monaco

NB : LES TERMES DÉFINIS CI-DESSUS SONT SIGNALÉS PAR UN ASTÉRISQUE (*) DANS LES CONDITIONS GÉNÉRALES.

1.5. NÉCESSITÉ DE L'APPEL PRÉALABLE

Pour que les prestations d'assistance ci-après exposées soient acquises, G.A. doit avoir été prévenue au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable.

- Garantie Assistance
- N° téléphone : 09 77 40 68 64
- N° télécopie : 09 77 40 17 88

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

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

- Contacter G.A. sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant)
- Fournir les renseignements suivants :
 - Le numéro d'adhésion
 - Son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté
 - La nature des difficultés motivant l'appel
 - Les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que G.A. puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, servir les prestations garanties adaptées à la situation

1.6. ENGAGEMENTS FINANCIERS

1.6.1. ENGAGEMENTS FINANCIERS

Sans préjudice des règles exposées au 1.5 et 1.6.3, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à G.A. devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

En cas de prise en charge des frais de séjour* à l'hôtel, G.A. ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-après, et à l'exclusion de tout autre frais.

1.6.2. AVANCE DE FRAIS

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente Convention, G.A. peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

CONDITIONS PRÉALABLES AU VERSEMENT DE L'AVANCE PAR G.A.

À titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance consentie, G.A. adressera un certificat d'engagement au bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à G.A. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par G.A. Le bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à G.A. un chèque certifié ou un chèque de banque.

DÉLAI DE REMBOURSEMENT DE L'AVANCE À G.A.

Le bénéficiaire s'engage à rembourser à G.A. la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

SANCTIONS

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et G.A. pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

1.6.3. CONDITIONS D'ORDRE MÉDICAL

Dans tous les cas, la nature de l'assistance et le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à la demande du bénéficiaire relèvent de la décision du médecin de G.A. qui recueille, si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations ainsi que le nombre d'heures mentionnés dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

Afin de permettre au médecin de G.A. de prendre sa décision, il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout justificatif médical de l'évènement* soudain et imprévisible qui conduit le bénéficiaire à solliciter son assistance.

Le cas échéant, G.A. recommande au bénéficiaire d'adresser ces documents sous pli confidentiel à l'attention du service médical de G.A.

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

1.6.4. TITRES DE TRANSPORT

En cas de transport organisé par G.A. en application de l'une des garanties d'assistance, le bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

A défaut de modification ou d'échange, le bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à reverser les sommes correspondantes à G.A., et ce dans les 90 jours qui suivent son retour.

Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le bénéficiaire pour son retour au domicile* seront pris en charge par G.A.

1.7. EXCLUSIONS

G.A. ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais de transport primaire engagés.

G.A. ne garantit pas les évènements* suivants et leurs conséquences :

- Les hospitalisations* répétitives pour une même cause
- Les hospitalisations* de long séjour

- Les tentatives de suicide et leurs conséquences
- Les maladies ou troubles mentaux comprenant les troubles anxieux et anxi-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement
- Toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique notamment)
- Les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation* au domicile*
- Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement
- Les conséquences d'un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique tel que visé à l'article R.234-1 du code de la route
- Les conséquences d'un conflit armé (guerre étrangère ou civile), d'une émeute
- Les conséquences de la participation volontaire du bénéficiaire à un acte de terrorisme ou de sabotage, un crime un délit, une rixe, un pari ou un défi
- Les accidents* et décès survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires

1.8. PRESCRIPTION

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

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

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur 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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires (citation en justice, commandement ou mesure d'exécution forcée) d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

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

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.

1.9. SUBROGATION

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

1.10. LOI APPLICABLE

Le présent Contrat est soumis à la Loi française.

Toutes contestations relatives à l'interprétation ou l'exécution de la présente Convention d'Assistance seront soumises aux tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile* du défendeur.

1.11. CONTRÔLE

G.A. est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

1.12. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

Dans ce cadre, le bénéficiaire est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises aux partenaires liés contractuellement à G.A. intervenant pour l'exécution des prestations.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite «informatique et libertés», modifiée par la loi n° 2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à **Garantie Assistance, 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD**. Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

1.13. RÉCLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) doit être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande soit par téléphone au numéro indiqué au 1.6.1, soit à operations@garantieassistance.fr, qui veillera à répondre dans les meilleurs délais (maximum 15 jours).

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le bénéficiaire peut adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante : **Garantie Assistance - Service Réclamations, 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD** ou à qualite@garantieassistance.fr.

Une réponse est formulée au plus tard dans les 15 (quinze) jours suivant la réception du courrier de réclamation. Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supérieur à 10 jours, G.A.* envoie dans ce délai un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse.

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen de la réclamation, l'Adhérent pourra faire appel au Médiateur compétent pour G.A.*, personnalité indépendante, en demandant sa saisine. Ce recours est gratuit. G.A.* communiquera alors l'adresse du Médiateur, à l'Adhérent, sur simple demande.

1.14. EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ

G.A. est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties. Toutefois :

- La responsabilité de G.A. est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports, etc.) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes ou des biens sur un territoire ou entre deux états donnés
- La responsabilité de G.A. ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif(ve) à l'insuffisance des disponibilités locales
- G.A. ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
 - Soit, de cas de force majeure

- Soit, d'évènements* tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du code des assurances)
- Soit, des saisies ou contraintes par la force publique
- Soit, des interdictions officielles
- Soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage
- Soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles

ASSISTANCE

2. GARANTIES ACCORDÉES

2.1. ASSISTANCE INFORMATION SANTÉ

Les prestations d'information « 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. Cette assistance téléphonique est accessible, du lundi au samedi de 9h00 à 19h00, sur simple appel du bénéficiaire.

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

Les médecins peuvent répondre à toutes demandes du bénéficiaire. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

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).

2.1.1 INFORMATION SANTÉ D'ORDRE GÉNÉRAL

INFO SANTE est un service d'informations générales animé par les médecins de G.A. et destiné à répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

- La santé
- Les vaccinations
- La mise en forme
- La diététique

2.1.2 INFORMATION SPÉCIFIQUE A UNE PATHOLOGIE

INFO SANTE est aussi un service d'informations sur les pathologies (Parkinson, Alzheimer, SIDA, allergies, etc.) animé par les médecins de G.A. et destiné à répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

- Traitements et conséquences
- Évolution de la maladie
- Risque de transmission génétique, risque de contagion pour l'entourage
-

2.2. EN CAS D'IMMOBILISATION* AU DOMICILE* OU D'HOSPITALISATION* DU BÉNÉFICIAIRE

Rappel : l'hospitalisation* du bénéficiaire doit être supérieure à 48 heures consécutives et l'immobilisation* au domicile* doit être supérieure à 5 jours consécutifs.

2.2.1. ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS

Si du fait de son immobilisation* au domicile*, le bénéficiaire ne peut pas se déplacer pour se procurer des médicaments indispensables au traitement prescrit par ordonnance médicale, G.A. fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au domicile* du bénéficiaire ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

G.A. fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser à G.A. au moment même de leur livraison.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par G.A.

2.2.2. ENVOI D'UN MÉDECIN

En cas d'indisponibilité du médecin traitant habituel, G.A. aide le bénéficiaire immobilisé* à son domicile* à rechercher un médecin pour une visite à domicile* en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

Les frais et honoraires du médecin restent à la charge exclusive du bénéficiaire.

G.A. ne pourra pas être tenue responsable de l'indisponibilité ou de l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer

2.2.3. ORGANISATION DE SOINS À DOMICILE*

A la demande du bénéficiaire et sous réserve que les soins soient prescrits par un médecin, G.A. met à sa disposition un service de soins à domicile* (infirmière, auxiliaire de vie). Le coût de ce service reste à la charge du bénéficiaire.

2.2.4. TRANSFERT À L'HÔPITAL ET RETOUR AU DOMICILE*

Si, à la suite d'une maladie* ou d'un accident*, l'état de santé du bénéficiaire nécessite une hospitalisation* immédiate, G.A. missionne, à la demande du médecin traitant sur place, une ambulance (ou un véhicule sanitaire léger) pour procéder au transport de ce bénéficiaire vers l'établissement de santé le plus proche du domicile*.

A l'issue de l'hospitalisation* et sur prescription du médecin traitant, G.A. missionne une ambulance (ou véhicule sanitaire léger) pour permettre au bénéficiaire de retourner à son domicile*.

Les frais de transport liés au transfert du bénéficiaire vers l'établissement de santé et/ou vers le domicile* sont pris en charge par G.A. en complément des remboursements réalisés par la Sécurité Sociale et les organismes de protection sociale complémentaire (mutuelle, assureur ou institution de prévoyance santé).

2.2.5. VOYAGE ET HÉBERGEMENT D'UN PROCHE

Si le bénéficiaire est seul lors de son hospitalisation* ou de son immobilisation* au domicile*, G.A. organise et prend en charge par évènement* :

- Le voyage aller-retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France*, à concurrence d'un billet de train 1^{ère} classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet du bénéficiaire
- Les frais de séjour* à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 160 EUR TTC maximum

2.2.6. GARDE DES PETITS-ENFANTS* DE MOINS DE 16 ANS

Si, durant l'hospitalisation* de l'adhérent* ou de son conjoint*, ses petits-enfants* dont il a la charge temporairement ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage du bénéficiaire, G.A. organise et prend en charge par évènement* :

- Soit leur garde au domicile* du bénéficiaire pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de 150 EUR TTC maximum par évènement*
- Soit leur transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe chez un proche résidant en France*
- Soit le transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe d'un proche résidant en France* au domicile* du bénéficiaire
- Soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile* à

concurrence de 10 allers-retours et dans un rayon de 25 Km du domicile*, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 500 EUR TTC pour l'ensemble des enfants* ou petits-enfants* concernés

2.2.7. GARDE DES ASCENDANTS

Si, durant l'hospitalisation* de l'adhérent* ou de son conjoint*, ses ascendants dont il a la charge ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage du bénéficiaire, G.A. organise et prend en charge par évènement* :

- Soit leur garde pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 150 EUR TTC pour l'ensemble de la prestation
- Soit leur transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe chez un proche résidant en France*
- Soit le transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe d'un proche résidant en France* jusqu'au domicile* du bénéficiaire

2.2.8. GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire, Garantie assistance organise et prend en charge (hors frais de toilettage et vétérinaires) la garde à l'extérieur dans la zone de résidence ou l'entretien à domicile des animaux de compagnie tels que définis ci-avant, sous réserve que ceux-ci aient été vaccinés.

Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge avec un maximum de 230 € TTC.

La prise en charge de cette garde s'appliquera uniquement dans la limite de 2 animaux et n'excèdera pas une période de 30 jours.

Sont exclus :

- Les chiens relevant de l'une des catégories de chiens dangereux visés par l'article L.211-11 du Code Rural et de la pêche
- Tout animal relevant de la catégorie dite « Nouveaux Animaux de Compagnie (« N.A.C ») tels que les insectes, les arachnides (tarentule, mygale, scorpion par exemple), les amphibiens et les reptiles (serpents, tortues, iguanes, lézards par exemple) les primates
- Les animaux détenus par le bénéficiaire dans le cadre d'un élevage canin, félin, bovin, ovin, porcin, par exemple, le toilettage et les soins vétérinaires

2.2.9. AIDE-MÉNAGÈRE

Si l'état de santé de l'adhérent* et/ou de son conjoint* le nécessite (certificat médical) et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, G.A. organise et prend en charge la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas dans la limite de 30 heures de travail effectif réparties sur une période de 15 jours consécutifs maximum par évènement*, selon le cas :

- Pendant l'immobilisation* au domicile* : à compter de la date figurant sur le certificat médical
- Pendant ou dès la fin de l'hospitalisation*, à compter respectivement de la date d'admission ou de sortie de l'établissement de santé

Cette garantie fonctionne de 8h00 à 19h00 tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés.

2.2.10. PLAN D'AIDE À LA CONVALESCENCE

Pendant l'hospitalisation* ou lors du retour à domicile* de l'adhérent* ou de son conjoint*.

Réalisation d'un entretien téléphonique par l'équipe pluridisciplinaire de GA avec l'adhérent* ou sa famille pour évaluer sa situation médico-psycho-sociale et établir un plan

d'aide à la convalescence.

Objectif : faciliter la vie de la famille pendant et après l'hospitalisation*.

Thèmes abordés :

- Identification des besoins pour le maintien à domicile*
- Informations sur les droits et démarches administratives : constitution de dossiers, recherche de financements (aides financières publiques, etc.)
- Les aides techniques favorisant sa convalescence (mise en relation avec des distributeurs de matériel médical)

2.3. EN CAS D'ATTEINTE CORPORELLE GRAVE*

2.3.1. INFORMATION RELATIVES À LA MALADIE ET AU HANDICAP

G.A. recherche et communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines mentionnés ci-après. Toute demande d'information du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; G.A. s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et, en tout cas, dans un délai ne dépassant pas 72 heures. Dans ce dernier cas, G.A. se chargera alors de rappeler le bénéficiaire demandeur.

G.A. fournit des renseignements exclusivement d'ordre privé dans les domaines suivants :

- Différentes possibilités de couverture et prises en charges en matière d'assurance maladie
- Invalidité
- Handicap
- Associations, groupe de parole

Les prestations ci-dessus sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées par les spécialistes de G.A. ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, avoués, huissiers, etc. En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

L'assistance information a un caractère uniquement documentaire (au sens de l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971) et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.

La responsabilité de G.A. ne pourra en aucun cas être recherchée en cas de :

- Interprétation inexacte du ou des renseignements que le bénéficiaire aura obtenu(s)
- Difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le bénéficiaire, des informations communiquées

2.3.2. PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DU HANDICAP

En cas de maladie grave et sur simple demande du bénéficiaire ou de ses proches, l'équipe pluridisciplinaire de G.A. composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, etc., renseigne et accompagne le bénéficiaire et ses proches dans les domaines suivants :

- Sensibilisation du bénéficiaire et des proches sur les démarches à suivre
- Conseils sur l'appréhension du handicap ou de la maladie
- Conseil sur la gestion du stress et la survivance de celui-ci
- Aide dans la prise de conscience de l'état de santé
- Informations sur les associations, groupes de parole

2.3.3. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas d'atteinte corporelle grave*, le bénéficiaire peut contacter G.A. pour recevoir une aide psychologique délivrée par des psychologues cliniciens qui interviennent dans le strict respect de la déontologie applicable à la profession. En fonction de la situation du bénéficiaire, G.A. organise et prend en charge

3 entretiens téléphoniques.

2.3.4. ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL

En cas d'atteinte corporelle grave* du bénéficiaire, sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00, l'équipe médico-sociale de G.A. est à son écoute pour réaliser un bilan de sa situation individuelle et l'informer sur les aides dont il peut bénéficier. Celle-ci peut également l'assister, s'il le souhaite, dans ses démarches auprès des organismes appropriés et les demandes d'allocations spécifiques.

2.3.5. AIDE À LA RECHERCHE ET MISE EN RELATION AVEC DES PRESTATAIRES DE SANTÉ, DE SERVICES D'AIDE À DOMICILE*, D'ASSOCIATIONS

G.A. propose l'organisation et la coordination de services au quotidien.

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi (hors jours fériés), de 7h00 à 20h00, G.A. recherche et met en relation le bénéficiaire avec le prestataire qui pourra l'aider dans la vie courante pour :

- Le transport/accompagnement (ex : visite chez le médecin, à l'hôpital, chez le coiffeur, à la Poste ou à la banque, chez le vétérinaire, au supermarché, à la gare, à l'aéroport, etc.)
- La livraison de courses
- Le portage de repas à domicile*, service de linge, coiffeur, pédicure, kinésithérapeute à domicile*
- La présence d'une dame de compagnie : personne venant faire la lecture, jouer aux cartes, discuter, aider à classer ou remplir des documents
- Les petits dépannages (ex : serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie, etc.)
- Le petit bricolage (ex : changer les fusibles, ampoules électriques, etc.)
- le petit jardinage (ex : tondre la pelouse, couper une haie, etc.)
- les soins à domicile*

Les frais de transport, la réalisation des courses, les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il y a lieu, main d'œuvre et déplacement) seront réglés directement par le bénéficiaire au prestataire concerné.

2.3.6. ORIENTATION VERS DES PRESTATAIRES SPÉCIALISÉS

En cas de traitement chimiothérapique, G.A. oriente le bénéficiaire vers des prestataires dédiés tels que :

- Aide à la toilette
- Fournisseur de perruques
- Coiffeur à domicile*
- Esthéticienne
- Coach sportif

2.3.7. ACCOMPAGNEMENT DANS LES DÉPLACEMENTS

En cas de maladie grave et sur simple demande du bénéficiaire ou de ses proches, G.A. recherche pour le bénéficiaire des services d'aide au déplacement pour se rendre dans des lieux publics tels que la banque, la Poste, un établissement de soins, un cabinet médical, etc.

G.A. organise et prend en charge, le cas échéant, la venue d'un accompagnateur (accompagnement véhiculé ou au bras) dans la limite de 150 EUR TTC par an.

2.3.8. MISE EN RELATION AVEC LES CORPS DE MÉTIER EN CHARGE DE L'AMÉNAGEMENT DU LOGEMENT OU DU VÉHICULE

En cas de maladie grave et sur simple demande du bénéficiaire ou de ses proches, G.A.

- Recherche des entreprises pour faire établir des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement ou du véhicule et met en relation l'adhérent* avec ces entreprises s'il le souhaite
- Donne des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé

En aucun cas GA ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qui pourraient être effectués.

Le choix final des prestataires est du ressort de l'aidant*, G.A. ne pourra pas être tenue responsable de la qualité et des délais des travaux d'adaptation du logement.

2.3.9. ACCOMPAGNEMENT BUDGÉTAIRE ET SOCIAL

Le bénéficiaire ou l'un de ses proches peut contacter G.A. pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- Une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de G.A.
- Une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie de l'assuré
- Une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé

2.4. ASSISTANCE INFORMATION OBSÈQUES

2.4.1. ASSISTANCE INFORMATION OBSÈQUES

En cas de décès d'un bénéficiaire, la famille de celui-ci peut, sur simple appel téléphonique, accéder à notre service d'informations pour toute question relative aux démarches et formalités administratives, informations pratiques (notamment coût et disponibilité des concessions dans les cimetières, les modes de sépultures, le don d'organe et de corps, etc.) ainsi que toute demande d'information portant sur les règles de droit français relatives aux successions.

Toute demande d'information est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; G.A. s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et, en tout cas, dans un délai ne dépassant pas 72 heures. Dans ce dernier cas, G.A. se chargera alors de rappeler le bénéficiaire demandeur.

Les prestations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées par les spécialistes de G.A. ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, avoués, huissiers, etc. En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

L'assistance information a un caractère uniquement documentaire (au sens de l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971) et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.

La responsabilité de G.A. ne pourra en aucun cas être recherchée en cas de :

- Interprétation inexacte du ou des renseignement(s) que le bénéficiaire aura obtenu(s) ;
- Difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le bénéficiaire, des informations communiquées.

2.4.2. AIDE À LA RECHERCHE D'UN OPÉRATEUR FUNÉRAIRE

En cas de décès d'un bénéficiaire, la famille de celui-ci peut, sur simple appel téléphonique, demander à G.A. de l'accompagner dans la recherche d'un opérateur funéraire qui pourra prendre en charge l'organisation des funérailles du bénéficiaire.

2.4.3. AIDE À L'ORGANISATION DES OBSÈQUES

G.A., en cas de nécessité, aide à l'organisation des obsèques du bénéficiaire (en accord avec les Organismes de Pompes Funèbres). Les frais engagés restent à la charge du bénéficiaire.

2.4.4. AVANCE DE FONDS

Suite au décès de l'un des membres de sa famille (conjoint*, ascendants ou enfants*), G.A. procure au bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêt, une somme de 1 000 EUR maximum.

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds et elle a pour seule finalité de permettre aux bénéficiaires de payer des dépenses imprévues et en lien direct avec la survenance de ce décès.

L'avance est versée par G.A. et remboursée par le bénéficiaire conformément au paragraphe 1.6.2.

2.4.5. RAPATRIEMENT DE CORPS

En cas de décès d'un bénéficiaire survenant à plus de 50 Km du domicile*, à la demande de son entourage, G.A. organise et prend en charge le transport du corps (ou des cendres) du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation en France*.

G.A. prend également en charge les frais annexes et nécessaires à ce transport (frais de cercueil modèle simple, frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement nécessaires au transport et conformes à la législation locale).

La prise en charge de ce transport et des frais annexes est effectuée dans la limite de 1 500 EUR TTC maximum.

Le choix des Sociétés intervenant dans le traitement du rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort de G.A. Toutefois, en fonction de la volonté exprimée du défunt ou de son entourage, G.A. peut accepter, à titre exceptionnel, de modifier l'un des éléments de la prestation garantie ou ses modalités de mise en œuvre. Dans ce cas, la prise en charge financière ne pourra pas dépasser le montant qui aurait été engagé si la prestation avait été intégralement organisée par G.A.

2.4.6. PRÉSENCE D'UN PROCHE

En cas de décès du bénéficiaire, G.A. organise et prend en charge par évènement* :

- Le voyage aller-retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France*, à concurrence d'un billet de train 1^{ère} classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre aux obsèques du bénéficiaire
- Les frais de séjour* à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 70 EUR TTC maximum par nuit

2.4.7. RETOUR ANTICIPÉ DES AUTRES PERSONNES

En cas de décès du bénéficiaire à plus de 50 Km du domicile* et de rapatriement de son corps, G.A. organise et prend en charge le retour des autres membres de sa famille qui l'accompagnaient lors de son voyage.

Les personnes concernées consentent à utiliser en priorité leurs titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés et à respecter les règles du 1.6.4.

2.4.8. RAPATRIEMENT DES ANIMAUX

Le terme «animal» désigne tout chat ou chien appartenant au bénéficiaire, qui satisfait aux conditions de tatouage et de vaccinations imposées par les autorités vétérinaires, à l'exception des chiens appartenant à l'une des catégories de chiens dangereux visés par l'article L.211-11 et 12 du Code Rural et de la Pêche maritime.

En cas de décès du bénéficiaire à plus de 50 Km du domicile* et de rapatriement de son corps par G.A., G.A. organise et prend à charge l'hébergement ou le rapatriement de l'animal l'accompagnant à concurrence de 320 EUR TTC.

Cette garantie est mise en œuvre lorsque le bénéficiaire

voyageait seulement accompagné de son animal.

2.4.9. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Cette prestation s'applique à la suite du décès d'un bénéficiaire. G.A., sur simple appel téléphonique de l'adhérent* ou son conjoint*, est à la disposition pour mettre en relation ce dernier avec un psychologue qui déterminera avec lui le contenu de son intervention. Cette prestation est assurée en toute confidentialité.

Si nécessaire, G.A. prend en charge le coût des consultations à hauteur de 3 entretiens téléphoniques maximum auprès des psychologues de G.A. ;

Aucune prise en charge ne sera acceptée par G.A. dans les situations suivantes :

- Si l'évènement* ayant causé le traumatisme n'est pas fortuit
- Si l'évènement* fortuit n'est pas la cause du traumatisme
- En cas d'états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, de l'absorption d'alcool
- En cas d'états résultant d'une tentative de suicide
- En cas d'évènements* résultant de la pratique d'un sport exercé à titre professionnel dans le cadre d'une compétition ou d'un entraînement

2.4.10. AIDE-MÉNAGÈRE

En cas de décès de l'adhérent* ou de son conjoint*, si son entourage ne peut apporter l'aide nécessaire au veuf (ou à la veuve), G.A. organise la mise en œuvre d'une aide-ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, pendant les 15 premiers jours calendaires suivant la date du décès.

G.A. prend en charge les frais correspondants à concurrence de 20 heures de travail effectif maximum par évènement*.

Cette garantie fonctionne de 8h00 à 19h00 tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés.

2.4.11. GARDE DES PETITS-ENFANTS* DE MOINS DE 16 ANS EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT* (OU SON CONJOINT*)

La garantie énoncée ci-après ne se substitue en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

G.A. se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre, le certificat de décès.

Si, suite au décès de l'adhérent* (ou de son conjoint*), ses petits-enfants* de moins de 16 ans ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de son entourage, G.A. organise et prend en charge par évènement* :

- Soit leur garde par une personne qualifiée au domicile* du bénéficiaire dans la limite de 2 jours consécutifs maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour dans un délai de 1 mois à compter de la date d'admission ou de sortie de l'hôpital. Cette personne qualifiée pourra éventuellement assurer la garde des enfants* à son domicile*
- Soit leur transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe chez un proche résidant en France*
- Soit le transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe au domicile* du bénéficiaire d'un proche résidant en France*
- Soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile* à concurrence de 10 allers-retours maximum sur 1 semaine et dans un rayon de 25 Km du domicile* pour un montant maximum de 500 EUR TTC pour l'ensemble des enfants* concernés

2.4.12. GARDE DES ASCENDANTS A CHARGE VIVANT AU FOYER DU BÉNÉFICIAIRE

La garantie énoncée ci-après ne se substitue en aucune façon

aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

G.A. se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre, le certificat de décès.

Si, suite au décès de l'adhérent* (ou de son conjoint*), ses ascendants à charge, vivant au foyer, ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de son entourage, G.A. organise et prend en charge par évènement* :

- Soit leur garde par une personne qualifiée au domicile* du bénéficiaire dans la limite de 2 jours consécutifs maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour dans un délai de 1 mois à compter de la date d'admission ou de sortie de l'hôpital
- Soit leur transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe chez un proche résidant en France*
- Soit le transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe au domicile* du bénéficiaire d'un proche résidant en France*

2.4.13. AIDE À LA VENTE D'UN BIEN IMMOBILIER

En cas de décès de l'un des bénéficiaires et si les biens immobiliers doivent être mis en vente, G.A. organise la mise en relation du conjoint* survivant avec des agences immobilières locales et des notaires.

2.4.14. ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL

En cas de décès d'un bénéficiaire et sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00, l'équipe médico-sociale de G.A. est à l'écoute du bénéficiaire pour réaliser un bilan de sa situation individuelle et l'informer sur les aides dont il peut bénéficier. Celle-ci peut également l'assister, s'il le souhaite, dans ses démarches auprès des organismes appropriés.

L'équipe médico-sociale de G.A. aide la famille du bénéficiaire dans les démarches administratives et met à disposition des courriers type nécessaires aux organismes et administrations et communique, le cas échéant, les coordonnées de ces derniers pour les informer du décès et prendre les mesures adéquates auprès :

- Des employeurs
- Des établissements bancaires
- Des compagnies d'électricité
- De la compagnie des eaux
- Des opérateurs de téléphonie
- Des assureurs
- Des mutuelles
- Des caisses de retraite principales et complémentaires
- Du centre des impôts
- De la sécurité sociale

2.4.15. ACCOMPAGNEMENT BUDGÉTAIRE ET SOCIAL

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, le conjoint* survivant peut contacter G.A. pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- Une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de G.A.
- Une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie de l'assuré
- Une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé

2.5. ASSISTANCE AU QUOTIDIEN

L'assistance au quotidien peut être sollicitée par tout bénéficiaire qui, à la suite de la survenance d'un évènement* garanti, a bénéficié d'une prestation d'assistance mentionnée aux 2.1 à 2.8 qui a pris fin et dont il souhaite la prolongation ou qui n'a pas

pu bénéficier de la prestation car sa demande relevait d'un cas d'exclusion.

Selon le cas, le bénéficiaire peut demander la prolongation ou la mise en œuvre, à ses frais exclusifs, des prestations d'assistance au quotidien énumérées ci-dessous.

G.A. sélectionne parmi ses partenaires, plusieurs prestataires et les propose au bénéficiaire qui effectue le choix final. G.A. organise alors la mise en place de la prestation au nom et pour le compte du bénéficiaire.

G.A. n'est pas responsable de la qualité et des délais d'intervention des prestataires retenus par le bénéficiaire.

2.5.1. FEMME DE MÉNAGE, AIDE-MÉNAGÈRE

Dans le cadre de ce service, l'organisme exécute les tâches suivantes : entretien de l'intérieur de la maison, nettoyage et repassage du linge, nettoyage, rangement, aide aux tâches ménagères.

2.5.2. COLLECTE ET LIVRAISON À DOMICILE* DE LINGE REPASSE

Dans le cadre de ce service, l'organisme :

- Collecte le linge au domicile* du bénéficiaire
- L'apporte à l'entreprise préalablement désignée par le bénéficiaire et chargée du repassage
- Et livre le linge repassé au domicile* du bénéficiaire

2.5.3. LIVRAISON DE REPAS A DOMICILE*

Ce service comprend la livraison à domicile* de repas variés et équilibrés, correspondant au régime éventuel suivi par le bénéficiaire (sans sucre, sans sel, sans graisse, etc.).

2.5.4. PRÉPARATION DE REPAS A DOMICILE*

Un intervenant à domicile* peut proposer au bénéficiaire un menu différent chaque jour, faire les courses pour réunir les ingrédients nécessaires, cuisiner le repas et remettre la cuisine en ordre après le repas (vaisselle et rangement).

2.5.5. ASSISTANCE INFORMATIQUE ET INTERNET : INITIATION ET FORMATION

Ce service englobe l'initiation ou la formation au fonctionnement du matériel informatique (micro-ordinateur personnel ainsi que les accessoires et périphériques faisant partie de son environnement immédiat) et aux logiciels non professionnels en vue de permettre leur utilisation courante ainsi que, le cas échéant, tout ou partie des prestations suivantes :

- Livraison au domicile* de matériels informatiques
- Installation et mise en service au domicile* de matériels et logiciels informatiques
- Maintenance logicielle au domicile* de matériels informatiques

2.5.6. LIVRAISON DE COURSES À DOMICILE*

Sur la base d'une liste de courses établie par le bénéficiaire, l'organisme effectue les achats et livre les produits demandés à la maison. Il peut donc s'agir de médicaments, de livres, de journaux, de produits alimentaires ou de première nécessité. Les achats effectués sont à la charge du bénéficiaire.

2.5.7. PETITS TRAVAUX DE JARDINAGE Y COMPRIS LES TRAVAUX DE DÉBROUSSAILLAGE

Dans le cadre de ce service, les travaux d'entretien courant du jardin du bénéficiaire pourront être fournis :

- La tonte de la pelouse, l'arrosage des plantes
- La taille des haies et des arbres
- Le débroussaillage
- La prestation d'enlèvement des déchets occasionnés par la prestation de petit jardinage
- Le déneigement des abords immédiats du domicile*

2.5.8. PETIT BRICOLAGE

Ce service comprend la réalisation des prestations élémentaires (durée d'intervention ne dépassant pas deux heures) et occasionnelles suivantes : fixer une étagère, accrocher un cadre, poser des rideaux, remplacer des joints, poser un lustre, changer une ampoule, etc.

Ce service ne comprend pas :

- Les activités de construction, d'entretien, de réparation des bâtiments correspondant aux métiers de gros œuvre, de second œuvre et de finition du bâtiment
- La mise en place, l'entretien et la réparation des réseaux utilisant des fluides ou des matériels et équipements destinés à l'alimentation en gaz, au chauffage des immeubles et aux installations électriques

2.5.9. COURS À DOMICILE*

Ce service comprend les cours à domicile* dispensés de manière individuelle à tout public : enfant* (cf. 2.9.13), adulte étudiant ou non.

En outre, les disciplines enseignées ne se limitent pas aux programmes d'enseignement scolaire.

Ces prestations sont fournies par des professionnels de la formation, ou des personnes pouvant se prévaloir d'une compétence confirmée et incontestable.

Ce service ne comprend pas les activités de conseil et d'accompagnement, telles que le « coaching » ou par exemple, l'assistance à l'utilisation de matériels audio ou vidéo numériques.

2.5.10. ASSISTANCE ADMINISTRATIVE

Ce service d'assistance administrative à domicile* couvre toutes les tâches d'appui et d'aide à la rédaction des correspondances, à la compréhension et à la facilitation des contacts et des relations avec des interlocuteurs institutionnels (fournisseurs d'énergie, fournisseurs réseaux téléphonique et Internet, banques, assureurs, administrations publiques notamment).

Ce service ne saurait aboutir à conférer à l'organisme un mandat, une substitution d'action ou de responsabilité.

2.5.11. SURVEILLANCE TEMPORAIRE AU DOMICILE*, DE LA RÉSIDENCE PRINCIPALE ET SECONDAIRE

Cette activité consiste à assurer, au domicile* et pendant l'absence de son occupant habituel, les prestations suivantes :

- L'ouverture et la fermeture des volets
- L'arrosage et l'entretien des plantes
- La relève du courrier
- Les travaux ménagers à l'intérieur du domicile*
- Toute autre prestation de cette nature

Ce service ne comprend pas les activités privées de sécurité réglementées par la loi n° 83-629 du 12 juillet 1983 modifiée : la surveillance humaine ou la surveillance par des systèmes électroniques de sécurité ou le gardiennage de biens meubles ou immeubles, ainsi que la sécurité des personnes se trouvant dans ces immeubles (prestations de rondes ou de télésurveillance autour du domicile*).

2.5.12. GARDE D'ENFANT À DOMICILE

Ce service comprend :

- La garde d'enfants* au domicile* des parents (baby-sitting par exemple)
- La garde d'enfants* de deux voire trois familles alternativement au domicile* de l'une et de l'autre (forme de mutualisation qui facilite l'accès à ce mode de garde pour les familles qui n'ont qu'un enfant* à faire garder)
- L'accompagnement des enfants* lors des trajets domicile*/école ou crèche, en particulier dans les transports publics

A l'occasion de la garde au domicile*, l'intervenant fait la toilette de l'enfant* et le change, lui prépare et lui donne les repas et

les goûters, organise et participe à ses activités, l'accompagne à l'école, le récupère à la sortie de l'école et le raccompagne au domicile* du bénéficiaire.

2.5.13. SOUTIEN SCOLAIRE OU COURS À DOMICILE* SOUTIEN SCOLAIRE

La prestation de soutien scolaire est fournie exclusivement au domicile* du bénéficiaire de la prestation, par un intervenant physiquement présent.

Les cours dispensés dans le cadre du soutien scolaire doivent par ailleurs être en lien avec les programmes d'enseignement scolaire :

- Accompagnement scolaire
- Approfondissement
- Préparation à un examen
- Révision des leçons déjà vues en classe
- Explication les points difficiles
- Aide à l'acquisition d'une bonne méthodologie de travail

Ce service ne comprend pas : les activités de soutien scolaire à distance, par Internet ou sur un support électronique.

COURS À DOMICILE*

Ce service comprend les cours à domicile* dispensés de manière individuelle à l'enfant* du bénéficiaire.

En outre, les disciplines enseignées ne se limitent pas aux programmes d'enseignement scolaire.

Ces prestations sont fournies par des professionnels de la formation, ou des personnes pouvant se prévaloir d'une compétence confirmée et incontestable.

Ce service ne comprend pas les activités de conseil et d'accompagnement, telles que le « coaching » ou par exemple, l'assistance à l'utilisation de matériels audio ou vidéo numériques.

2.5.14. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS* DANS LEURS DÉPLACEMENTS EN DEHORS DE LEUR DOMICILE*

Ce service comprend pour l'essentiel l'accompagnement des enfants* bénéficiaires dans les transports.

Ce service ne recouvre pas l'activité de transports scolaires.

2.5.15. ASSISTANCE AUX PERSONNES ÂGÉES OU DÉPENDANTES* OU AUX AUTRES PERSONNES QUI ONT BESOIN D'UNE AIDE PERSONNELLE À LEUR DOMICILE*

Peuvent bénéficier de ces prestations :

- Les personnes âgées de 60 ans et plus
- Les personnes dépendantes*
- Les personnes rencontrant une difficulté temporaire ou permanente de nature à mettre en péril l'autonomie et l'équilibre de la famille et son maintien dans l'environnement social

L'organisme accompagne et assiste les bénéficiaires :

- Dans leurs actes essentiels de la vie quotidienne
- Ce service comprend l'aide à la mobilité et aux déplacements, à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation, aux fonctions d'élimination, garde-malade, etc.
- Dans ce cadre, peuvent être notamment intégrées les promenades ou dans les actes de la vie courante.
- Cette prestation est effectuée en lien avec l'entourage et/ou les services compétents.
- Dans leurs activités de la vie sociale et relationnelle
- Ce service comprend l'aide à l'accompagnement dans les activités domestiques, de loisirs et de la vie sociale, soutien des relations sociales, etc., à domicile* ou à partir du domicile*, et notamment les prestations d'animation culturelles et artistiques pour des personnes gravement malades ou en fin de vie maintenues au domicile*.
- À l'occasion des activités intellectuelles, sensorielles et motrices
- Ce service comprend notamment les activités comprenant

des interventions au domicile* des bénéficiaires en perte d'autonomie, afin de les aider à adapter leurs gestes et modes de vie à leurs capacités d'autonomie dans leur environnement domestique, tout en permettant, dans le même temps, d'optimiser l'accompagnement des aidants* eux-mêmes.

Ce service ne comprend pas les soins relevant d'actes médicaux.

2.5.16. ASSISTANCE AUX PERSONNES HANDICAPÉES

Les activités d'assistance aux personnes handicapées comprennent :

- Les prestations détaillées au paragraphe précédent
- Les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété

2.5.17. GARDE MALADE DE PERSONNES ÂGÉES, DÉPENDANTES* OU HANDICAPÉES

Le garde malade assure une présence de jour ou de nuit auprès de personnes malades, en assurant leur confort physique et moral, à l'exclusion des soins.

Il peut toutefois aider à la prise de médicaments sur la base d'une ordonnance et si la prescription médicale ne fait pas référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux.

Le garde malade de nuit est à proximité du malade et doit pouvoir intervenir à tout moment.

2.5.18. AIDE À LA MOBILITÉ ET TRANSPORTS DE PERSONNES ÂGÉES, DÉPENDANTES* OU HANDICAPÉES AYANT DES DIFFICULTÉS DE DÉPLACEMENT

L'aide à la mobilité et le transport de la personne sont étroitement associés dans cette activité, ce qui différencie cette dernière d'une simple prestation de transport de personnes.

L'organisme accompagne le bénéficiaire lors de déplacements effectués à partir du domicile* du bénéficiaire ou vers celui-ci.

2.5.19. CONDUITE DU VÉHICULE PERSONNEL DES PERSONNES DÉPENDANTES*, DU DOMICILE* AU TRAVAIL, SUR LE LIEU DE VACANCES, POUR LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES

Ce service suppose que le bénéficiaire soit une personne dépendante* dans l'impossibilité de conduire son véhicule personnel temporairement ou définitivement.

L'organisme conduit le véhicule du bénéficiaire notamment pour effectuer les trajets suivants :

- Du domicile* au lieu de travail et vice-versa
- Du domicile* au lieu de vacances
- Lors des démarches administratives

2.5.20. ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES OU HANDICAPÉES DANS LEURS DÉPLACEMENTS EN DEHORS DE LEUR DOMICILE*

Ce service comprend pour l'essentiel l'accompagnement des bénéficiaires âgés (+ de 60 ans) ou handicapés dans les transports, ainsi que l'accompagnement (au bras) à l'occasion de promenades ou dans les actes de la vie courante.

Le recours à des activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété dans l'environnement extérieur et pour les actes de la vie quotidienne est admis dans le cadre de cette activité.

2.5.21. SOINS ET PROMENADES DES ANIMAUX DE COMPAGNIE, POUR LES PERSONNES DÉPENDANTES*

Les animaux d'élevage sont exclus, cette activité ne concernant que les animaux de compagnie des personnes dépendantes*.

Par soins, il faut entendre les activités de préparation et mise à disposition de nourriture pour les animaux, changement de litière, accompagnement chez le vétérinaire.

Sont exclus :

- Le toilettage et les soins vétérinaires
- Les chiens relevant de l'une des catégories de chiens dangereux visés par l'article L.211-11 du code Rural et de la pêche
- Les animaux d'élevage et de ferme
- Les insectes
- Les arachnides (tarentule, mygale, scorpion par exemple)
- Les amphibiens et les reptiles (serpents, tortues, iguanes, lézards par exemple)

2.5.22. SOINS D'ESTHÉTIQUE A DOMICILE* POUR LES PERSONNES DÉPENDANTES*

Ce service consiste à dispenser au bénéficiaire les soins d'hygiène et de mise en beauté :

- Soins esthétiques
- Maquillage
- Lavage, séchage et coiffage des cheveux, à l'exclusion des prestations de coiffure
- Mettre en beauté les mains et les pieds

Cette prestation est exclusivement réservée aux bénéficiaires personnes dépendantes*.

2.6. ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE DÉPENDANCE D'UN PROCHE PARENT* : « L'AIDE AUX AIDANTS* »

Les garanties du 2.9 sont mises en œuvre au profit de l'adhérent* (ou son conjoint*) si celui-ci devient, postérieurement à l'adhésion, aidant d'un proche parent* en état de dépendance* (cf. 1.4 définition de la dépendance). G.A. pourra demander à l'adhérent* de communiquer tout justificatif utile établissant le niveau de dépendance* du proche parent* (attestation d'allocation perte d'autonomie, attestation émanant d'un organisme social ou fiscal par exemple).

2.6.1. SERVICE DE RENSEIGNEMENT SUR LA DÉPENDANCE*

G.A. communique à l'adhérent* toutes les informations dont il a besoin dans le cadre de la survenance de la dépendance* d'un proche parent*, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, G.A., le cas échéant et sur demande, met en contact l'adhérent* avec les organismes concernés.

2.6.2. BILAN DE PRÉVENTION DÉPENDANCE*

À la demande de l'adhérent* (ou à celle des proches parents*), l'équipe pluridisciplinaire de G.A. composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, etc., réalise un « BILAN PRÉVENTION DÉPENDANCE » du proche parent*.

Le bilan prévention dépendance de G.A. 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'adhérent* afin de favoriser son maintien à domicile* et préserver sa qualité de vie.

L'équipe de G.A. délivre des conseils et des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'adhérent* (ou accompagner ses proches parents*) dans les démarches de maintien à domicile* du proche parent*.

En fonction des besoins recensés par notre équipe et à sa demande, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) pourra réaliser un diagnostic plus complet au domicile* du proche parent*, 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 sa indépendance, proposition d'aide spécifique au handicap, etc.) en synergie avec l'équipe de

G.A. et de différents intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du domicile*, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules, etc.).

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

Le recours au médecin traitant sera systématiquement conseillé pour aborder l'approche médicale/dépendance* (reconnaissance et prise en charge thérapeutique).

De plus, lors de ses entretiens téléphoniques, l'équipe de G.A. aide l'adhérent* (ainsi que ses proches parents*) à constituer un dossier perte d'autonomie/dépendance*, 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 du proche parent* de l'adhérent*, l'équipe de G.A. le renseigne 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.

Les informations transmises par notre équipe sont communiquées dans le respect de la déontologie médicale et des professionnels de santé traitants qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées.

La responsabilité de G.A. ne pourra en aucun cas être recherchée en cas de :

- Interprétation inexacte du ou des renseignement(s) que le bénéficiaire* aura obtenu(s) ;
- Difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le bénéficiaire*, des informations communiquées.

2.6.3. BILAN PRÉVENTION MÉMOIRE

L'équipe pluridisciplinaire de G.A. réalise une évaluation médico-psycho-sociale. En cas de plainte mnésique objectivée, la personne est orientée 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, elle peut bénéficier d'un programme d'entraînement et d'un accompagnement personnalisé.

2.6.4. BILAN PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT DE L'INCONTINENCE

L'équipe pluridisciplinaire de G.A. composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, est à la disposition de l'adhérent* pour l'écouter, l'informer sur ce qu'est l'incontinence, ses principales formes, les traitements possibles ainsi que sur les prises en charges publiques. Elle délivre également des conseils et des informations (éventuellement sous forme de fiches pratiques sur des sujets tels que l'incontinence urinaire, les symptômes, l'échographie vésicale, etc.) pour accompagner l'adhérent* dans ses démarches. Si nécessaire, l'équipe médico-psycho-sociale pourra orienter l'adhérent* vers son médecin traitant afin que soit réalisé un examen complet par des professionnels compétents.

G.A. pourra également lui indiquer les coordonnées de médecins spécialistes, de professionnels de santé (kinésithérapeutes, stomathérapeutes, etc.), d'établissements hospitaliers ou associations les plus proches de son domicile*.

2.6.5. AIDE À LA CONSTITUTION DE DOSSIER

Sur simple appel téléphonique et 7j/7, G.A. aide l'adhérent* dans la constitution du dossier lié à la dépendance* d'un proche parent* devenu dépendant* (par exemple pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée).

2.6.6. RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS

Sur simple appel téléphonique et 7j/7, G.A. recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir les proches parents* de l'adhérent* en état de dépendance*, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.

Si l'adhérent* le souhaite, G.A. réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile* ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.

2.6.7. ASSISTANCE DÉMÉNAGEMENT

G.A. organise le déménagement du proche parent* de l'adhérent* dépendant* si son changement de domicile* est indispensable, ou s'il doit être hébergé dans un établissement spécialisé.

Les frais engagés restent à la charge de l'adhérent*.

2.6.8. RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS TEMPORAIRES

Sur simple appel téléphonique et 7j/7, G.A. recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir temporairement les proches parents* dépendants* de l'adhérent*, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.

Si l'adhérent* le souhaite, G.A. réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile* ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.

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

Sur simple appel de l'adhérent*, lors de la survenance de la dépendance* d'un proche parent*, G.A. peut le mettre en relation avec sa plate-forme d'écoute médico-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, etc., destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

2.6.10. SERVICES D'ASSISTANCE « A LA CARTE »

G.A. 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 télé-sécurité)
- Garder les petits-enfants, les animaux de compagnie,
- Préparer l'adaptation du logement (ergothérapeute ou autre)
- Et tout autre service de proximité

2.6.11. LA TÉLÉASSISTANCE EN CAS DE DÉPENDANCE* D'UN PROCHE PARENT*

G.A. met à disposition un service de téléassistance avec un médaillon téléphone qui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

Porté autour du cou ou dans une poche, il accompagne le proche dépendant* partout dans le domicile* et au jardin pour faire le lien en toutes circonstances :

- Intercepter les communications personnelles et parler à partir du médaillon
- En cas de malaise, d'un simple geste la personne dépendante* est en contact avec l'équipe médico-sociale de G.A. qui identifie l'appel même s'il ne peut pas parler

Selon la situation, l'adhérent* ou son conjoint* ou les services d'urgence seront alertés.

Prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels :

- Gestion de la "fiche médicale" du proche* dépendant*
- Écoute 24h/24 par les équipes d'assistance
- Présence 24h/24 et 7j/7 d'une équipe spécialisée dans le centre d'appel
- Dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médico-psycho-sociale
- Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (sans prise en charge)

Pour tout abonnement de plus de 12 mois, les frais de mise en service de l'appareil sont pris en charge par G.A. , les frais d'abonnement restant à la charge de l'abonné.

2.6.12. MISE EN RELATION AVEC LES CORPS DE MÉTIER EN CHARGE DE L'AMÉNAGEMENT DU LOGEMENT

Sur demande de l'adhérent* (ou son conjoint*), G.A. :

- Recherche des entreprises pour faire établir des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement du proche* dépendant* et met en relation l'adhérent* (ou son conjoint*) avec ces entreprises s'il le souhaite
 - Donne des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, l'adaptateur sur véhicules, sur les associations
- En aucun cas G.A. ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qui pourraient être effectués.

Le choix final des prestataires est du ressort de l'aidant*, G.A. ne pourra pas être tenue responsable de la qualité et des délais des travaux d'adaptation du logement.

2.6.13. BILLET DE VISITE OU GARDE MALADE

Lors du retour à domicile* de l'adhérent* (ou son conjoint*) à la suite d'une hospitalisation* de plus de 10 jours :

- Soit, G.A. met à la disposition d'un proche de l'adhérent* un titre de transport aller-retour afin que ce dernier s'occupe du proche* dépendant* (dans la limite de 1 intervention par année civile)

G.A. rembourse également les frais de séjour* à l'hôtel à concurrence de 100 EUR TTC par nuit, avec un maximum par séjour de 200 EUR TTC. Les frais de restauration sont exclus. Le billet de visite est accordé pour un trajet réalisé en intégralité dans la zone territoriale mentionnée au 1.2

- Soit, lors du retour à domicile* de l'adhérent* (ou son conjoint*) après une période d'hospitalisation* de plus de 10 jours, G.A. recherche et prend en charge une garde malade dans la limite de 10 heures, pendant les 5 jours qui suivent le retour au domicile* afin qu'elle s'occupe du parent proche* dépendant*

Les prestations « BILLET DE VISITE » et « Garde malade » sont mises en œuvre lorsque le proche parent* dépendant* se retrouve seul au domicile* et ne sont pas cumulables. Elles sont accordées pour un trajet réalisé en intégralité dans la zone territoriale mentionnée au 1.2.

2.6.14. SERVICE SOUTIEN DE LA MÉMOIRE

En complément du bilan prévention mémoire, en cas de vieillissement normal de sa mémoire, le proche parent* peut bénéficier d'un programme d'entraînement de la mémoire et d'un accompagnement personnalisé. Ce programme, d'une durée de 6 mois basé sur la réalisation d'exercices spécifiques conçus et réalisés par G.A. avec l'appui de partenaires reconnus, a plusieurs objectifs :

- S'approprier le « pourquoi je dois entretenir ma mémoire et comment le faire »
- Stimuler ses fonctions intellectuelles et lui permettre d'acquérir des stratégies de mémorisation afin de les utiliser dans la vie quotidienne

- Repenser son hygiène de vie, vis à vis des différents facteurs de risque de survenue d'une maladie neurodégénérative
La prestation prévention et soutien de la mémoire s'inscrit dans une démarche déontologique, en respectant les choix des personnes et sans se substituer aux professionnels de santé.

2.7. ASSISTANCE VOYAGE ET DÉPLACEMENT

Les prestations ci-après s'appliquent en cas d'accident*, maladie* ou décès du bénéficiaire lors de tout déplacement ou séjour effectué à titre privé ou professionnel. La durée des séjours à l'étranger ne peut excéder 60 jours dans le même pays.

2.7.1. RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE DU BÉNÉFICIAIRE MALADE OU BLESSÉ

Selon la gravité du cas, le transport est effectué sous surveillance médicale si nécessaire, par avion sanitaire spécial, avion de lignes régulières, train, wagon-lit ou bateau, ambulance, V.S.L. ou tout autre moyen adapté au cas considéré, jusque dans un service hospitalier de France Métropolitaine proche du domicile* ou, si l'état ne nécessite pas d'hospitalisation*, jusqu'au domicile*.

En cas de maladie* ou de blessure grave du bénéficiaire, l'assistance médicale est apportée par tous moyens appropriés, dont notamment :

- Soit rapatriement au Centre médical le plus proche
 - Soit rapatriement vers un autre Centre médical mieux équipé ou plus spécialisé situé dans le même pays ou dans un pays proche
 - Soit rapatriement en France Métropolitaine, directement ou indirectement, jusqu'à un centre hospitalier proche de son domicile* et/ou jusqu'à son domicile* en France Métropolitaine
- G.A. ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais d'évacuation sur pistes de ski, à concurrence de 153 EUR TTC, les frais de recherche étant exclus.

Les modalités de l'assistance médicale sont décidées souverainement par les médecins de G.A., après contact avec le médecin traitant sur place.

2.7.2. IMMOBILISATION* À L'HÔTEL

Si le bénéficiaire malade ou blessé ne peut entreprendre son retour à la date initialement prévue pour des raisons médicalement justifiées et si son état ne nécessite pas une hospitalisation* sur place, G.A. prend en charge, s'il y a lieu, ses frais de prolongation de séjour* à l'hôtel, à concurrence de 100 EUR TTC maximum par jour pendant une durée de 7 jours maximum.

2.7.3. MISE À DISPOSITION D'UN BILLET POUR ACCOMPAGNER LE BÉNÉFICIAIRE LORS DE SON RAPATRIEMENT OU TRANSPORT SANITAIRE

Pour permettre d'accompagner le bénéficiaire rapatrié ou transporté, G.A. met à disposition et prend en charge un billet d'avion classe économique ou de train 1ère classe, pour une personne voyageant avec lui (membre ou non de sa famille).

2.7.4. RAPATRIEMENT DES MEMBRES DE LA FAMILLE

Dans le cas où le rapatriement ou le transport du bénéficiaire, malade, blessé ou décédé, aura été décidé, son conjoint* ainsi que ses descendants directs au premier degré voyageant avec lui, seront également rapatriés s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.

2.7.5. RETOUR EN CAS DE DÉCÈS D'UN PARENT PROCHE*

Si le bénéficiaire doit interrompre son déplacement afin d'assister aux obsèques, en France Métropolitaine, de son conjoint*, d'un ascendant ou descendant au premier degré, d'un frère ou d'une

sœur, G.A. met à sa disposition et prend en charge un billet d'avion classe économique et/ou de train 1ère classe, du lieu de séjour à celui de l'inhumation.

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres bénéficiaires voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, G.A. met à la disposition du bénéficiaire et prend en charge un billet d'avion classe économique ou de train 1ère classe, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré.

2.7.6. RETOUR EN CAS D'ACCIDENT* D'UN PARENT PROCHE*

En cas d'accident* affectant votre conjoint*, vos ascendants ou descendants au 1er degré et s'il s'agit d'un événement* imprévisible dont la gravité est confirmée par le médecin de G.A., après contact avec le médecin traitant le patient, G.A. met à votre disposition et prend en charge un billet de train 1ère classe ou d'avion classe économique jusqu'à votre domicile* en France Métropolitaine.

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres bénéficiaires voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, G.A. met à la disposition du bénéficiaire et prend en charge un billet d'avion classe économique ou de train 1ère classe, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré.

2.7.7. PRÉSENCE AUPRÈS DU BÉNÉFICIAIRE

Lorsque son état ne justifie pas ou empêche son rapatriement et si le bénéficiaire est hospitalisé* pour une durée prévisible d'au moins 10 jours, (personne ne se trouvant avec lui sur place), G.A. met à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne désignée par lui, un billet aller-retour d'avion classe économique ou de train 1ère classe, afin de se rendre à son chevet, ceci uniquement au départ de France Métropolitaine. Dans ce cas, G.A. prend en charge, sur justificatifs et à concurrence de 100 EUR TTC par jour les frais de séjour* à l'hôtel de cette personne.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 700 EUR TTC, les frais de nourriture et annexes n'étant pas pris en charge.

2.7.8. RAPATRIEMENT DU CORPS EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès du bénéficiaire, G.A. organise et prend en charge le rapatriement du corps du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation en France Métropolitaine.

G.A. prend également en charge :

- Les frais annexes rendus nécessaires par la législation en vigueur (soins de préparation, aménagements spécifiques au transport du corps, etc.)
- Le coût d'un cercueil le plus simple à concurrence de 763 EUR TTC

Tous les autres frais annexes (frais de cérémonie, d'inhumation ou de crémation, convois locaux, accessoires, etc.) restent à la charge de la famille.

Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place, G.A. organise et prend en charge le transport aller et retour d'un membre de la famille (conjoint*, ascendant ou descendant, frère ou sœur), si l'un d'eux n'est pas déjà sur les lieux, en mettant à sa disposition un billet d'avion classe économique ou de train 1ère classe, pour se rendre de son domicile* en France Métropolitaine jusqu'au lieu d'inhumation.

Dans ce cas, G.A. prend en charge, sur justificatifs et à concurrence de 100 EUR TTC par jour les frais de séjour* à l'hôtel de cette personne.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 700 EUR TTC, les frais de nourriture et annexes n'étant pas pris en charge.

2.7.9. ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS* DE MOINS DE 15 ANS

Si le bénéficiaire malade, blessé ou décédé voyageait seul, accompagné d'enfants* de moins de 15 ans, dont il n'est plus en mesure de s'occuper, G.A. met à la disposition d'un proche résidant en France Métropolitaine, ou d'une personne accompagnante, un billet d'avion classe économique ou de train 1ère classe, pour se rendre auprès des enfants*.
En outre, G.A. organise et prend en charge le retour au domicile* de ces enfants* et de la personne accompagnante.

2.7.10. ASSISTANCE AUX ANIMAUX DOMESTIQUES

Cette prestation s'applique en cas de maladie* ou d'accident*. Lorsque G.A. intervient en France* ou à l'Étranger pour transporter ou rapatrier les assurés à la suite d'un accident*, les dispositions adéquates sont prises également pour rapatrier ou transporter les petits animaux domestiques.

En cas de blessure, ils seront confiés au service vétérinaire le plus proche, puis ramenés au domicile* de leur propriétaire en France Métropolitaine, par les moyens les plus appropriés.

Les chiens de catégorie 1 ne sont pas couverts par cette garantie et les chiens de catégorie 2 doivent être accompagnés pendant la durée de leur transport, d'une personne les connaissant et capable de les maîtriser. Un billet de train aller-retour en 1ère classe ou d'avion classe économique est délivré à cet effet. L'organisation des prestations d'assistance aux animaux domestiques sera mise en œuvre par G.A., sous réserve que l'animal ne présente pas un comportement anormal ou agressif et à condition qu'il ait les vaccinations obligatoires.

Sont exclus :

- Tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull »
- Tout animal appartenant à l'une des espèces suivantes : reptiles, amphibiens, arachnides, scorpions, félins, primates, insectes
- Tout chat, chien ou furet ne remplissant pas les obligations d'identification, de vaccination et de détention de passeport fixées par la réglementation européenne
- Les animaux détenus par le bénéficiaire dans le cadre d'un élevage ou d'une exploitation agricole
- Le toilettage et les soins vétérinaires

2.7.11. IMPOSSIBILITÉ DE CONDUIRE

Si à la suite du transfert/rapatriement médical ou du décès du conducteur les autres membres du groupe se trouvant sur place ne peuvent revenir au domicile* par leurs propres moyens, G.A. met à leur disposition :

- Soit un chauffeur qualifié,
- Soit un titre de transport à une personne désignée, pour ramener le véhicule et le groupe.

Cette garantie peut également s'appliquer si le bénéficiaire malade ou blessé, n'étant pas en état de conduire, peut néanmoins voyager dans son véhicule selon l'avis formulé par le médecin de G.A.

Dans tous les cas, la consommation du véhicule, les péages, les frais de traversée par bateau ou bac, ainsi que les frais d'hôtel et restauration sont à la charge du bénéficiaire.

G.A. n'est pas tenue d'exécuter cet engagement s'il s'agit d'un véhicule qui n'est pas en parfait état de fonctionnement ou qui présente une ou plusieurs anomalies en infraction aux codes de la route français et internationaux.

2.7.12. AVANCE DES FRAIS MÉDICAUX À L'ÉTRANGER

Lorsque les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques

et d'hospitalisation* doivent être engagés à l'Étranger, G.A. pourra en effectuer l'avance au bénéficiaire à concurrence de 30 000 EUR TTC par bénéficiaire contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire. Le bénéficiaire s'engage à rembourser l'avance dans un délai d'un mois à compter de son retour.

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

2.7.13. REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE DES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS À L'ÉTRANGER

Ce remboursement de frais vient en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié (mutuelle ou autre). Il ne peut dépasser la somme de 30 000 EUR TTC.

Le remboursement complémentaire de ces frais est fait par G.A. au bénéficiaire, à son retour en France*, après recours effectué par lui auprès des organismes cités ci-dessus, sur présentation de pièces justificatives originales.

Il sera fait application d'une franchise absolue de 16 EUR TTC sur le montant des remboursements dus par G.A.

Ne donnent pas lieu à prise en charge :

- Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation* :
 - Consécutifs à un accident* ou une maladie* constatée médicalement survenus avant la validité de l'abonnement
 - Occasionnés par le traitement d'une maladie* ou blessure déjà connue avant la date d'effet de l'abonnement, à moins d'une complication imprévisible
- Les frais de prothèses : optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques, ou autres
- Les frais de soins dentaires supérieurs à 153 EUR TTC, sans application de la franchise absolue de 16 EUR TTC
- Les frais engagés en France*
- Les frais de cure thermique et de séjour en maison de repos et/ou de convalescence
- Les frais de rééducation

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

2.7.14. ENVOI DE MÉDICAMENTS INTROUVABLES SUR PLACE

G.A. recherche et expédie par les moyens les plus rapides les médicaments nécessaires (à l'exclusion de médicaments et produits tels que contraceptifs, produits à usage diététique, produits de confort, produits cosmétologiques, etc.), prescrits médicalement et introuvables sur place, hors du territoire de l'Union Européenne., sous réserve de conditions d'intervention possibles. Le coût des médicaments reste dans tous les cas à la charge du bénéficiaire.

2.7.15. TRANSMISSION DE MESSAGES

G.A. reçoit et transmet à leur destinataire en France Métropolitaine, les messages à caractère urgent. Les commandes, annulations de commande, tous textes entraînant une responsabilité financière sont transmis sous la seule responsabilité de leur auteur, qui devra être identifié.

De même, G.A. pourra communiquer, sur appel d'un membre de sa famille, un message qui aurait été laissé à son intention.

2.8. ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ÉTRANGER

Cette assistance s'applique lorsque le bénéficiaire est poursuivi pour infraction involontaire à la législation du pays dans lequel il

se trouve (autre que le pays d'origine).

2.8.1. HONORAIRES D'AVOCAT

G.A. met un avocat à la disposition du bénéficiaire et lui règle directement ses honoraires jusqu'à concurrence de 763 EUR TTC.

2.8.2. CAUTION PÉNALE

G.A. fait au bénéficiaire, si besoin est, contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire, l'avance de la caution pénale exigée par les autorités locales pour éviter ou faire cesser l'incarcération, dans la limite de 7 623 EUR TTC. Cette avance est remboursable dans un délai de trois mois au plus à compter du jour du versement.

Si la caution lui est restituée par les autorités locales avant l'expiration de ce délai, le bénéficiaire rembourse immédiatement l'avance reçue.

S'il est cité devant un Tribunal et ne se présente pas ou ne se fait pas représenter, le remboursement de l'avance devient immédiatement exigible, car il est impossible d'obtenir la restitution de la caution si le prévenu fait défaut.

LA PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ

3. GÉNÉRALITÉS

Le bénéficiaire peut solliciter G.A. au titre de la Protection Juridique Santé en cas de litige* l'opposant à un Tiers* (professionnel de santé*, établissement de soins ou organisme de base de la Sécurité Sociale), ayant pour cause directe et exclusive l'un des évènements* visés aux paragraphes 3.1 et 3.2 ci-dessous.

Les articles 1.1 Bénéficiaires, 1.3 Prise d'effet et durée, 1.8 Prescription, 1.9 Subrogation, 1.10 Loi applicable, 1.11 Contrôle, 1.12 Informatique et libertés et 1.13 Réclamations de la section A « LES GARANTIES D'ASSISTANCE SANTE » sont applicables à la présente section C.

3.1. LITIGES* MÉDICAUX

G.A. intervient en cas de litige* opposant le bénéficiaire à un professionnel de santé* ou un établissement de santé (privé ou public), consécutif à :

- Un accident* médical survenu à l'occasion d'un acte médical de prévention, de diagnostic ou de soins
- Une affection iatrogène ou une infection nosocomiale survenue à l'occasion d'un acte médical de prévention, de diagnostic ou de soins
- Un refus de communication du dossier médical ou une information médicale insuffisante
- Une erreur médicale fautive
- Un recours à des produits défectueux

3.2. LITIGES* OPPOSANT LE BÉNÉFICIAIRE A UN ORGANISME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE POUR LES BRANCHES ASSURANCE MALADIE ET VIEILLESSE

G.A. intervient en cas de litige* opposant le bénéficiaire à un organisme de sécurité sociale d'assurance maladie, vieillesse ou prévoyance, relatif à :

- Un refus de remboursement de prestations de santé
- Un refus de remboursement de soins médicalement prescrits ou un refus d'entente préalable
- Un désaccord sur le calcul de la pension de retraite
- Un désaccord lié à l'état ou au taux d'invalidité ou d'incapacité, et à l'appréciation de l'état d'inaptitude à l'égard des avantages de vieillesse

3.3. MONTANTS GARANTIS

Attention : la prise en charge maximale de G.A. est limitée

22 / 29 NI - CAS - 07/16 SWI

à 10 000 EUR par litige* quel que soit le stade des démarches (amicales ou contentieuses) ou de la procédure (première instance, appel, cassation, etc.) et le nombre d'adversaires* mis en cause par le bénéficiaire dans le cadre de ce litige*, étant précisé que :

PROCÉDURE AMIABLE

La prise en charge par G.A. des frais d'honoraires, d'actes et de procédure engagés dans le cadre d'un litige* garanti est limitée à 765 EUR par litige* et ne peut pas dépasser les plafonds de garantie suivants :

PRESTATIONS GARANTIES DANS LE CADRE D'UNE PROCÉDURE AMIABLE	PRISE EN CHARGE (TTC) MAXIMUM PAR LITIGE*
Assistance de l'adhérent* pour la constitution du dossier, l'élaboration de l'argumentation et la discussion avec l'adversaire*	350 €
Tierce Personne	350 €
Consultation d'un expert	350 €
Expertise amiable	500 €
Établissement d'une transaction	500 €
Expertise préalable à la saisine de la CRCI*	500 €
Constat d'huissier	350 €
Médiation pénale	500 €
Recours amiable auprès de l'organisme de Sécurité Sociale	500 €

PROCÉDURE CONTENTIEUSE :

la prise en charge par G.A. des frais d'honoraires, d'actes et de procédure engagés dans le cadre d'un litige* garanti intervient dans les limites suivantes :

PRESTATIONS GARANTIES DANS LE CADRE D'UNE PROCÉDURE CONTENTIEUSE	PRISE EN CHARGE (TTC) MAXIMUM PAR LITIGE*
Assistance de l'adhérent* pour la constitution du dossier, l'élaboration de l'argumentation et la discussion avec l'adversaire*	350 €
Tierce* Personne	350 €
Expertise Judiciaire	2 300 €
Établissement d'une transaction	500 €
Constat d'huissier	350 €
Requête en Injonction de faire ou de Payer	500 €
Procédure d'urgence (référé)	600 €
Référé expertise – Référé provision	750 €
Tribunal d'Instance	750 €
Ordonnance du Juge de la Mise en Etat	500 €
Tribunal de Grande Instance	1 000 €
Tribunal Administratif	1 000 €
Tribunal des Affaires de Sécurité sociale	750 €
Tribunal du Contentieux de l'Incapacité	1 000 €
Tribunal de Police (avec ou sans constitution de Partie Civile)	1 000 €
Tribunal Correctionnel (avec ou sans constitution de Partie Civile)	1 000 €
Autres juridictions ou commissions	750 €
Procédure d'Appel	1 000 €
Pourvoi en Cassation	1 850 €
Pourvoi devant le Conseil d'Etat	1 700 €
Voies d'exécution d'une décision	600 €

3.4. DÉFINITIONS

Pour l'application des garanties de Protection Juridique Santé, on entend par :

CRCI

Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation

chargée de faciliter le règlement amiable des litiges* relatifs aux accidents* médicaux, aux affections iatrogènes (provoquées par un acte médical ou un médicament même en l'absence de faute du professionnel) et aux infections nosocomiales (contractées lors d'un séjour en établissement de santé ou en cabinet médical) ainsi que les autres litiges* entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes producteurs de produits de santé.

PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Médecin, chirurgien, sage-femme, dentiste, ostéopathe, chiropracteur, pharmacien et préparateur en pharmacie, auxiliaires médicaux, infirmier, masseur kinésithérapeute, électro-cardiologue ou diététicien.

TIERS (OU ADVERSAIRE)

Il s'agit de la personne physique ou morale à laquelle le bénéficiaire est opposé dans le cadre du litige* et qui n'a pas la qualité de bénéficiaire au titre de ce contrat. G.A. (et son gestionnaire) et S.L.P.S. n'ont pas la qualité de Tiers dans le cadre de ce contrat.

LITIGE (OU SINISTRE)

Situation conflictuelle causée par un événement* préjudiciable opposant le bénéficiaire à un (des) tiers* (professionnel de santé* ou établissement de soins, organisme de Sécurité Sociale) ayant pour conséquence directe et exclusive l'un des événements* visés aux paragraphes 3.1 et 3.2 et conduisant le bénéficiaire à faire valoir un droit contesté.

La garantie de G.A. s'exerce dans le cadre de tout litige* vise aux 3.1 et 3.2 relevant de la compétence territoriale et matérielle des juridictions françaises.

4. MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE

Dans le cadre d'un litige* garanti, G.A. et son gestionnaire interviennent aux côtés du bénéficiaire afin de lui permettre de faire valoir ses droits et de prendre toutes mesures de nature à préserver ses intérêts légitimes. A cette fin et selon la formule retenue, G.A. et son gestionnaire lui fournissent les prestations suivantes dans les limites mentionnées au paragraphe 3.3 :

- Avis et conseil sur les moyens juridiques les plus adaptés en vue d'une solution respectueuse de ses intérêts
- Assistance (ou représentation) du bénéficiaire dans ses démarches amiables : G.A. et son gestionnaire l'aident notamment à constituer son dossier, à rassembler les éléments de preuve, à formuler sa réclamation, à mener la négociation avec son adversaire* en vue d'une solution amiable
- Si nécessaire, orientation vers tout expert et prise en charge de ses honoraires
- En cas d'échec de la voie amiable préalable, représentation des intérêts du bénéficiaire par un avocat devant la juridiction compétente

4.1. DÉCLARATION

Le bénéficiaire doit déclarer à G.A., 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD tout sinistre* susceptible d'ouvrir droit à garantie dans un délai de 60 jours de sa connaissance et pendant la période contractuelle, sauf cas fortuit ou de force majeure et, en tout état de cause avant toute initiative de sa part.

A défaut, il sera déchu de son droit à garantie, sous réserve pour l'assureur d'établir qu'il a subi un préjudice du fait de ce retard conformément à l'article L.113-2 4° du Code des assurances.

L'accompagnement est déclenché par l'appel téléphonique du bénéficiaire auprès de la plateforme constituée à cet effet au 09 77 40 71 99.

La demande du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué.

Le bénéficiaire est tenu de communiquer au médecin en charge du dossier toutes les pièces s'y rapportant.

4.2. ENGAGEMENT FINANCIER

Pour la mise en œuvre des prestations garanties G.A. doit avoir été prévenue (téléphone ou fax) et avoir donné son accord préalable.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage d'une prestation garantie sans l'accord de G.A. ne sera pas prise en charge, sauf si les moyens engagés sans accord préalable étaient justifiés par l'urgence.

SEUIL D'INTERVENTION : G.A. intervient dès lors que l'intérêt du litige* opposant le bénéficiaire à son (ses) adversaires* s'élève au minimum à :

- 200 EUR TTC pour une procédure amiable
- 500 EUR TTC pour une procédure judiciaire

4.3. GESTION DU DOSSIER

L'assureur confie la gestion du dossier du bénéficiaire, sans préjudice des dispositions de l'article L.127-3 alinéa 2 du Code des Assurances, à son gestionnaire du dossier : GIE CIVIS, 90 avenue de Flandre, 75019 PARIS.

Ce gestionnaire assurera au profit du bénéficiaire le traitement du dossier et conseillera, voire, accompagnera le bénéficiaire dans ses démarches tendant à la recherche d'un règlement amiable voire contentieux du litige*.

G.A. et le gestionnaire s'engagent à traiter le dossier dans le respect des procédures relatives au secret professionnel.

4.4. CHOIX DE L'AVOCAT

Conformément à l'article L.127-3 du Code des Assurances, G.A. s'engage à respecter le principe du libre choix de l'avocat auquel le bénéficiaire souhaite confier la défense de ses intérêts.

Le bénéficiaire pourra demander à G.A. de lui communiquer les coordonnées d'un avocat.

4.5. DIRECTION DU PROCÈS

En cas de procédure contentieuse, le bénéficiaire a la direction du procès.

G.A. et son gestionnaire demeurent à sa disposition pour fournir l'une des prestations prévues au contrat.

En cas de désaccord de G.A. notamment sur les choix procéduraux retenus par le bénéficiaire, il sera fait application des règles exposées au paragraphe 4.7.

4.6. REMBOURSEMENT DES FRAIS ET HONORAIRES

Lorsque le bénéficiaire a engagé des frais et honoraires garantis dans le cadre d'un litige*, G.A. s'engage à les lui rembourser dans les meilleurs délais dès réception des justificatifs correspondants.

Si le bénéficiaire a consenti une délégation d'honoraires à l'avocat en charge de la représentation de ses intérêts, G.A. s'engage à régler à cet avocat toute note de frais et honoraires dans les limites prévues au paragraphe 3.3.

S'agissant des frais et honoraires (dépens et frais irrépétibles de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, de l'article 475-1 du Code Procédure Pénale ou de l'article L.761-1 du Code de Justice Administrative) engagés par le bénéficiaire et G.A. dans le cadre du litige* et dont le remboursement est fixé par accord amiable ou décision de justice, la somme sera répartie comme suit :

- Le bénéficiaire percevra la part des sommes allouées à ce titre nécessaire à la couverture des dépenses effectivement demeurées à sa charge définitive
- Au-delà, G.A. sera subrogée dans ses droits et actions à

concurrence des dépenses de cette nature engagées par elle

4.7. RÉSOLUTION DE CONFLITS

Conformément à l'article L.127-4 du Code des assurances, en cas de désaccord entre G.A. et le bénéficiaire au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, deux options s'offrent au bénéficiaire :

- Soit, le bénéficiaire désigne une tierce personne de son choix : nécessairement habilitée à donner des conseils juridiques, cette tierce personne aura pour mission de proposer les mesures à prendre pour régler le différend soumis à son appréciation. G.A. s'engage à accepter la solution formulée par cette tierce personne pour régler le litige*. Les frais exposés dans le cadre du recours à la tierce personne sont à la charge de G.A. dans la limite prévue au paragraphe 3.3 (cf. « Tierce Personne »)
- Soit, le bénéficiaire engage à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par l'assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, G.A. l'indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite du montant de la garantie. Lorsque la procédure visée au premier alinéa de cet article est mise en œuvre, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie d'assurance et que le bénéficiaire est susceptible d'engager en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur

4.8. EXCLUSIONS

Sont exclus de la présente garantie :

- Les litiges* nés en dehors de la période couverte par le présent Contrat
- Les litiges* dont le fait générateur était connu du bénéficiaire à la date d'adhésion et qui présentait à cette même date une forte probabilité de survenance
- Les litiges* survenus en raison de la faute intentionnelle ou de l'acte frauduleux du bénéficiaire
- Les litiges* survenus en raison de la complicité du bénéficiaire à un acte frauduleux
- Les litiges* non visés aux paragraphes 3.1 et 3.2 (contentieux pénal, commercial, fiscal, immobilier par exemple)
- Les éventuelles condamnations au titre des procédures non contentieuses engagées
- Les litiges* ayant pour origine une atteinte aux biens du bénéficiaire
- Les litiges* ayant pour origine une catastrophe naturelle
- Les litiges* ayant pour origine une guerre civile ou étrangère, une émeute, un mouvement populaire, une manifestation, un attentat, un acte de vandalisme, de sabotage ou de terrorisme
- Les litiges* impliquant la mise en cause de la responsabilité civile professionnelle du bénéficiaire
- Les litiges* consécutifs à un accident* de la circulation au sens de la loi du 10 juillet 1985
- Les litiges* consécutifs à l'usage par le bénéficiaire de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement
- Les litiges* ayant trait à l'indemnisation d'un risque sériel tel que l'hépatite C, la transfusion sanguine
- Les litiges* consécutifs à un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique
- Les événements* survenus du fait de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes, ou à leurs essais préparatoires

- Les litiges* résultant d'un abus de droit du bénéficiaire ou les procédures ayant un caractère dilatoire
- Les amendes et sommes de toute nature que le bénéficiaire serait condamné à payer à un tiers*
- Les frais irrépétibles et dépens du(des) adversaires* qui sont mis à la charge du bénéficiaire par décision administrative ou judiciaire ou dans le cadre d'une transaction (ou tout accord amiable équivalent)
- Les honoraires de résultat

4.9. PAIEMENT DES INDEMNITÉS

Les indemnités obtenues par le bénéficiaire en réparation du préjudice objet du litige* lui sont directement versées (ou versées à son représentant légal le cas échéant).

S'agissant des frais et honoraires (dépens et frais irrépétibles de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, de l'article 475-1 du Code Procédure Pénale ou de l'article L.761-1 du Code de Justice Administrative) engagés par le bénéficiaire et G.A. dans le cadre du litige* et dont le remboursement est fixé par décision de justice, la somme sera répartie comme indiqué au paragraphe 4.6.

COCOON ASSURANCE SANTÉ

Tableau de garanties



COCOON
Assurer simplement

FORMULE « SILVER BUDGET »

Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et s'entendent remboursement du régime de base compris.

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE		
Frais de séjour et salle d'opération	Établissements conventionnés	100 % BRSS
	Établissements non conventionnés	100 % BRSS
Honoraires médicaux et chirurgicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie)	Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100 % BRSS
Forfait journalier hospitalier - durée illimitée		Frais réels
Chambre particulière		-
Lit accompagnant (adulte de plus de 65 ans)		-
Frais de télévision		-
Transport du malade prise en charge par la Sécurité sociale		100 % BRSS
Transport du malade sur prescription médicale par un médecin non prise en charge par la Sécurité sociale *		-
Hospitalisation à domicile		100 % BRSS
⁽¹⁾ Forfait annuel par bénéficiaire		
FRAIS MÉDICAUX COURANTS		
Généralistes (consultations, visites)	Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100 % BRSS
Spécialistes (consultations, visites, Actes technique médicaux (ATM))	Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100 % BRSS
Radiologie, imagerie, échographie	Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100 % BRSS
Auxiliaires médicaux, analyses, laboratoires		100 % BRSS
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, étioopathie, psychomotricité, podologie, pédicure, acupuncture, diététicien, psychologue si prescrite par ordonnance par un médecin et non pris en charge par la Sécurité sociale (5 séances par an et par bénéficiaire)		-
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale (sans restriction de taux)		100 % BRSS
Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité Sociale (forfait annuel par bénéficiaire)		-
DENTAIRE		
Prestations avec prise en charge Sécurité sociale		
Soins et actes dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention		100 % BRSS
Inlays, onlays, inlays-core, prothèses dentaires et orthodontie		100 % BRSS
Prestations sans prise en charge Sécurité sociale. (Forfait par an et par bénéficiaire) avec majoration de 50 % en année N+1 si absence de consommation en année N. Majoration plafonnée au forfait de l'année N + 50 %		
Implants, prothèses, parodontologie, orthodontie		-
Plafond dentaire pour l'ensemble du poste (hors soins)		-
OPTIQUE		
Forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture limité à un forfait tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.		
Lunettes avec verres simples ⁽²⁾		100 % BRSS
Lunettes avec verres complexes ⁽²⁾ / hyper complexes ⁽⁴⁾ ou combinaison verre simple-verre complexe / hyper complexe ⁽⁴⁾		100 % BRSS
Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire		40 €
Chirurgie réfractive - Délai d'attente 12 mois		-
PROTHÈSES MÉDICALES acceptées par la Sécurité sociale		
Prothèses et appareillages auditif, orthopédique et capillaires		100 % BRSS
Prothèses auditives (forfait annuel par bénéficiaire)		-
Frais d'entretien des prothèses auditives (forfait annuel par bénéficiaire)		-
PRÉVENTION		
Actes pris en charge par la Sécurité sociale		100 % BRSS
- Vaccins (forfait annuel par bénéficiaire)		-
- Densitométrie osseuse (forfait par bénéficiaire tous les 2 ans)		-
CURES THERMALES acceptées par la Sécurité sociale		
Dépenses remboursés par la Sécurité Sociale		100 % BRSS
Forfait par an par bénéficiaire		-

⁽¹⁾ Option pratique tarifaire maîtrisée : cf. définition sur le site www.ameli.fr. ⁽²⁾ Verres simples = verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 ⁽³⁾ Verres complexes = verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif. ⁽⁴⁾ Verres ultra complexes = verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00

Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est conclu le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues. BRSS : l'ensemble des tarifs de base utilisés par le régime obligatoire pour le calcul de ses remboursements. On parle de : Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention. Tarif d'Autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention. Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux. Tableau de garantie du contrat CT A54050010, souscrit auprès de SwissLife Prévoyance et Santé, entreprise régie par le code des assurances (cf. détails dans la notice d'information NI CAS 07/16 SWI).

COCOON, une marque de COVERLIFE - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Karogan 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 Talbot - 75009 PARIS

SERENIS ASSURANCES S.A. - Société anonyme au capital de 16 422 000 € - 350 838 686 RCS ROMANS - N° TVA FR13350838686
Entreprise régie par le code des assurances - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN cedex

FORMULE « FORMULE SILVER ECO »

Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et s'entendent remboursement du régime de base compris.

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE		
Frais de séjour et salle d'opération	Établissements conventionnés	125 % BRSS
	Établissements non conventionnés	125 % BRSS
Honoraires médicaux et chirurgicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie)	Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	125 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100 % BRSS
Forfait journalier hospitalier - durée illimitée		Frais réels
Chambre particulière		35 € par jour
Lit accompagnant (adulte de plus de 65 ans)		20 € par jour
Frais de télévision		7 € par jour
Transport du malade prise en charge par la Sécurité sociale		100 % BRSS
Transport du malade sur prescription médicale par un médecin non prise en charge par la Sécurité sociale *		40 €
Hospitalisation à domicile		125 % BRSS
⁽¹⁾ Forfait annuel par bénéficiaire		
FRAIS MÉDICAUX COURANTS		
Généralistes (consultations, visites)	Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	125 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100 % BRSS
Spécialistes (consultations, visites, Actes technique médicaux (ATM))	Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	125 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100 % BRSS
Radiologie, imagerie, échographie	Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	125 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100 % BRSS
Auxiliaires médicaux, analyses, laboratoires		125 % BRSS
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, étopathie, psychomotricité, podologie, pédicure, acupuncture, diététicien, psychologue si prescrite par ordonnance par un médecin et non pris en charge par la Sécurité sociale (5 séances par an et par bénéficiaire)		50 € par séance
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale (sans restriction de taux)		100 % BRSS
Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité Sociale (forfait annuel par bénéficiaire)		50 €
DENTAIRE		
Prestations avec prise en charge Sécurité sociale		
Soins et actes dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention		125 % BRSS
Inlays, onlays, inlays-core, prothèses dentaires et orthodontie		125 % BRSS
Prestations sans prise en charge Sécurité sociale. (Forfait par an et par bénéficiaire) avec majoration de 50 % en année N+1 si absence de consommation en année N. Majoration plafonnée au forfait de l'année N + 50 %		
Implants, prothèses, parodontologie, orthodontie		150 €
Plafond dentaire pour l'ensemble du poste (hors soins)		800 €
OPTIQUE		
Forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture limité à un forfait tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.		
Lunettes avec verres simples ⁽²⁾		50 €
Lunettes avec verres complexes ⁽²⁾ / hyper complexes ⁽⁴⁾ ou combinaison verre simple-verre complexe / hyper complexe ⁽⁴⁾		200 €
Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire		100 €
Chirurgie réfractive - Délai d'attente 12 mois		200 € par oeil et par an
PROTHÈSES MÉDICALES acceptées par la Sécurité sociale		
Prothèses et appareillages auditif, orthopédique et capillaires		150 % BRSS
Prothèses auditives (forfait annuel par bénéficiaire)		300 €
Frais d'entretien des prothèses auditives (forfait annuel par bénéficiaire)		30 €
PRÉVENTION		
Actes pris en charge par la Sécurité sociale		125 % BRSS
- Vaccins (forfait annuel par bénéficiaire)		15 €
- Densitométrie osseuse (forfait par bénéficiaire tous les 2 ans)		35 €
CURES THERMALES acceptées par la Sécurité sociale		
Dépenses remboursés par la Sécurité Sociale		125 % BRSS
Forfait par an par bénéficiaire		100 €

⁽¹⁾ Option pratique tarifaire maîtrisée : cf. définition sur le site www.ameli.fr. ⁽²⁾ Verres simples = verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 ⁽³⁾ Verres complexes = verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif ⁽⁴⁾ Verres ultra complexes = verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00
Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est conclu le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues. BRSS : l'ensemble des tarifs de base utilisés par le régime obligatoire pour le calcul de ses remboursements. On parle de : Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention. Tarif d'Autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention. Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux. Tableau de garantie du contrat CT A54050020, souscrit auprès de SwissLife Prévoyance et Santé, entreprise régie par le code des assurances (cf. détails dans la notice d'information NI CAS 07/16 SWI).

FORMULE « SILVER ESSENTIEL »

Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et s'entendent remboursement du régime de base compris.

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE		
Frais de séjour et salle d'opération	<i>Établissements conventionnés</i>	180 % BRSS
	<i>Établissements non conventionnés</i>	180 % BRSS
Honoraires médicaux et chirurgicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie)	<i>Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾</i>	180 % BRSS
	<i>Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾</i>	150 % BRSS
Forfait journalier hospitalier - durée illimitée		Frais réels
Chambre particulière		50 € par jour
Lit accompagnant (adulte de plus de 65 ans)		30 € par jour
Frais de télévision		7 € par jour
Transport du malade prise en charge par la Sécurité sociale		100 % BRSS
Transport du malade sur prescription médicale par un médecin non prise en charge par la Sécurité sociale *		40 €
Hospitalisation à domicile		150 % BRSS
<i>⁽¹⁾ Forfait annuel par bénéficiaire</i>		
FRAIS MÉDICAUX COURANTS		
Généralistes (consultations, visites)	<i>Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾</i>	150 % BRSS
	<i>Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾</i>	130 % BRSS
Spécialistes (consultations, visites, Actes technique médicaux (ATM))	<i>Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾</i>	150 % BRSS
	<i>Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾</i>	130 % BRSS
Radiologie, imagerie, échographie	<i>Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾</i>	150 % BRSS
	<i>Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾</i>	130 % BRSS
Auxiliaires médicaux, analyses, laboratoires		150 % BRSS
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, étioopathie, psychomotricité, podologie, pédicure, acupuncture, diététicien, psychologue si prescrite par ordonnance par un médecin et non pris en charge par la Sécurité sociale (5 séances par an et par bénéficiaire)		50 € par séance
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale (sans restriction de taux)		100 % BRSS
Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité Sociale (forfait annuel par bénéficiaire)		100 €
DENTAIRE		
Prestations avec prise en charge Sécurité sociale		
Soins et actes dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention		150 % BRSS
Inlays, onlays, inlays-core, prothèses dentaires et orthodontie		150 % BRSS
Prestations sans prise en charge Sécurité sociale. (Forfait par an et par bénéficiaire) avec majoration de 50 % en année N+1 si absence de consommation en année N. Majoration plafonnée au forfait de l'année N + 50 %		
Implants, prothèses, parodontologie, orthodontie		200 €
Plafond dentaire pour l'ensemble du poste (hors soins)		1 000 €
OPTIQUE		
Forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture limité à un forfait tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.		
Lunettes avec verres simples ⁽²⁾		100 €
Lunettes avec verres complexes ⁽²⁾ / hyper complexes ⁽⁴⁾ ou combinaison verre simple-verre complexe / hyper complexe ⁽⁴⁾		250 €
Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire		150 €
Chirurgie réfractive - Délai d'attente 12 mois		200 € par oeil et par an
PROTHÈSES MÉDICALES acceptées par la Sécurité sociale		
Prothèses et appareillages auditif, orthopédique et capillaires		150 % BRSS
Prothèses auditives (forfait annuel par bénéficiaire)		400 €
Frais d'entretien des prothèses auditives (forfait annuel par bénéficiaire)		30 €
PRÉVENTION		
Actes pris en charge par la Sécurité sociale		150 % BRSS
- Vaccins (forfait annuel par bénéficiaire)		15 €
- Densitométrie osseuse (forfait par bénéficiaire tous les 2 ans)		40 €
CURES THERMALES acceptées par la Sécurité sociale		
Dépenses remboursés par la Sécurité Sociale		150 % BRSS
Forfait par an par bénéficiaire		150 €

⁽¹⁾ Option pratique tarifaire maîtrisée : cf. définition sur le site www.ameli.fr. ⁽²⁾ Verres simples = verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 ⁽³⁾ Verres complexes = verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif. ⁽⁴⁾ Verres ultra complexes = verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00
Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est conclu le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues. BRSS : l'ensemble des tarifs de base utilisé par le régime obligatoire pour le calcul de ses remboursements. On parle de : Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention. Tarif d'Autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention. Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux. Tableau de garantie du contrat CT A54050030, souscrit auprès de SwissLife Prévoyance et Santé, entreprise régie par le code des assurances (cf. détails dans la notice d'information NI CAS 07/16 SWI).



FORMULE « SILVER CONFORT »

Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et s'entendent remboursement du régime de base compris.

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE		
Frais de séjour et salle d'opération	<i>Établissements conventionnés</i>	250 % BRSS
	<i>Établissements non conventionnés</i>	250 % BRSS
Honoraires médicaux et chirurgicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie)	<i>Médecin ayant adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	250 % BRSS
	<i>Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	200 % BRSS
Forfait journalier hospitalier - durée illimitée		Frais réels
Chambre particulière		80 € par jour
Lit accompagnant (adulte de plus de 65 ans)		35 € par jour
Frais de télévision		10 € par jour
Transport du malade prise en charge par la Sécurité sociale		100 % BRSS
Transport du malade sur prescription médicale par un médecin non prise en charge par la Sécurité sociale *		50 €
Hospitalisation à domicile		250 % BRSS
<i>(¹) Forfait annuel par bénéficiaire</i>		
FRAIS MÉDICAUX COURANTS		
Généralistes (consultations, visites)	<i>Médecin ayant adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	200 % BRSS
	<i>Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	180 % BRSS
Spécialistes (consultations, visites, Actes technique médicaux (ATM))	<i>Médecin ayant adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	200 % BRSS
	<i>Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	180 % BRSS
Radiologie, imagerie, échographie	<i>Médecin ayant adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	200 % BRSS
	<i>Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	180 % BRSS
Auxiliaires médicaux, analyses, laboratoires		200 % BRSS
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, psychomotricité, podologie, pédicure, acupuncture, diététicien, psychologue si prescrite par ordonnance par un médecin et non pris en charge par la Sécurité sociale (5 séances par an et par bénéficiaire)		80 € par séance
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale (sans restriction de taux)		100 % BRSS
Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité Sociale (forfait annuel par bénéficiaire)		100 €
DENTAIRE		
Prestations avec prise en charge Sécurité sociale		
Soins et actes dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention		200 % BRSS
Inlays, onlays, inlays-core, prothèses dentaires et orthodontie		200 % BRSS
Prestations sans prise en charge Sécurité sociale. (Forfait par an et par bénéficiaire) avec majoration de 50 % en année N+1 si absence de consommation en année N. Majoration plafonnée au forfait de l'année N + 50 %		
Implants, prothèses, parodontologie, orthodontie		250 €
Plafond dentaire pour l'ensemble du poste (hors soins)		1 100 €
OPTIQUE		
Forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture limité à un forfait tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.		
Lunettes avec verres simples ⁽²⁾		200 €
Lunettes avec verres complexes ⁽³⁾ / hyper complexes ⁽⁴⁾ ou combinaison verre simple-verre complexe / hyper complexe ⁽⁴⁾		400 €
Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire		200 €
Chirurgie réfractive - Délai d'attente 12 mois		200 € par oeil et par an
PROTHÈSES MÉDICALES acceptées par la Sécurité sociale		
Prothèses et appareillages auditif, orthopédique et capillaires		250 % BRSS
Prothèses auditives (forfait annuel par bénéficiaire)		500 €
Frais d'entretien des prothèses auditives (forfait annuel par bénéficiaire)		30 €
PRÉVENTION		
Actes pris en charge par la Sécurité sociale		200 % BRSS
- Vaccins (forfait annuel par bénéficiaire)		15 €
- Densitométrie osseuse (forfait par bénéficiaire tous les 2 ans)		45 €
CÛRES THERMALES acceptées par la Sécurité sociale		
Dépenses remboursés par la Sécurité Sociale		200 % BRSS
Forfait par an par bénéficiaire		200 €

⁽¹⁾ Option pratique tarifaire maîtrisée : cf. définition sur le site www.ameli.fr ⁽²⁾ Verres simples = verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 ⁽³⁾ Verres complexes = verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif ⁽⁴⁾ Verres ultra complexes = verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00
Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est conclu le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues BRSS : l'ensemble des tarifs de base utilisé par le régime obligatoire pour le calcul de ses remboursements. On parle de : Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention. Tarif d'Autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention. Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux. Tableau de garantie du contrat CT A54050040, souscrit auprès de SwissLife Prévoyance et Santé, entreprise régie par le code des assurances (cf. détails dans la notice d'information NI CAS 07/16 SWI).



FORMULE « SILVER PRIVILÈGE »

Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et s'entendent remboursement du régime de base compris.

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE		
Frais de séjour et salle d'opération	<i>Établissements conventionnés</i>	300 % BRSS
	<i>Établissements non conventionnés</i>	300 % BRSS
Honoraires médicaux et chirurgicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie)	<i>Médecin ayant adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	300 % BRSS
	<i>Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	200 % BRSS
Forfait journalier hospitalier - durée illimitée		Frais réels
Chambre particulière		100 € par jour
Lit accompagnant (adulte de plus de 65 ans)		40 € par jour
Frais de télévision		10 € par jour
Transport du malade prise en charge par la Sécurité sociale		100 % BRSS
Transport du malade sur prescription médicale par un médecin non prise en charge par la Sécurité sociale *		50 €
Hospitalisation à domicile		300 % BRSS
<i>(¹) Forfait annuel par bénéficiaire</i>		
FRAIS MÉDICAUX COURANTS		
Généralistes (consultations, visites)	<i>Médecin ayant adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	300 % BRSS
	<i>Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	200 % BRSS
Spécialistes (consultations, visites, Actes technique médicaux (ATM))	<i>Médecin ayant adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	300 % BRSS
	<i>Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	200 % BRSS
Radiologie, imagerie, échographie	<i>Médecin ayant adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	300 % BRSS
	<i>Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM⁽¹⁾</i>	200 % BRSS
Auxiliaires médicaux, analyses, laboratoires		300 % BRSS
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, étioopathie, psychomotricité, podologie, pédicure, acupuncture, diététicien, psychologue si prescrit par ordonnance par un médecin et non pris en charge par la Sécurité sociale (5 séances par an et par bénéficiaire)		80 € par séance
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale (sans restriction de taux)		100 % BRSS
Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité Sociale (forfait annuel par bénéficiaire)		150 €
DENTAIRE		
Prestations avec prise en charge Sécurité sociale		
Soins et actes dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention		250 % BRSS
Inlays, onlays, inlays-core, prothèses dentaires et orthodontie		250 % BRSS
Prestations sans prise en charge Sécurité sociale. (Forfait par an et par bénéficiaire) avec majoration de 50 % en année N+1 si absence de consommation en année N. Majoration plafonnée au forfait de l'année N + 50 %		
Implants, prothèses, parodontologie, orthodontie		300 €
Plafond dentaire pour l'ensemble du poste (hors soins)		1 200 €
OPTIQUE		
Forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture limité à un forfait tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.		
Lunettes avec verres simples ⁽²⁾		300 €
Lunettes avec verres complexes ⁽²⁾ / hyper complexes ⁽⁴⁾ ou combinaison verre simple-verre complexe / hyper complexe ⁽⁴⁾		500 €
Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire		200 €
Chirurgie réfractive - Délai d'attente 12 mois ⁽³⁾		200 € par oeil et par an
PROTHÈSES MÉDICALES acceptées par la Sécurité sociale		
Prothèses et appareillages auditif, orthopédique et capillaires		300 % BRSS
Prothèses auditives (forfait annuel par bénéficiaire)		550 €
Frais d'entretien des prothèses auditives (forfait annuel par bénéficiaire)		30 €
PRÉVENTION		
Actes pris en charge par la Sécurité sociale		250 % BRSS
- Vaccins (forfait annuel par bénéficiaire)		15 €
- Densitométrie osseuse (forfait par bénéficiaire tous les 2 ans)		50 €
CÛRES THERMALES acceptées par la Sécurité sociale		
Dépenses remboursés par la Sécurité Sociale		250 % BRSS
Forfait par an par bénéficiaire		250 €

⁽¹⁾ Option pratique tarifaire maîtrisée : cf. définition sur le site www.ameli.fr. ⁽²⁾ Verres simples = verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 ⁽³⁾ Verres complexes = verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif ⁽⁴⁾ Verres hyper complexes = verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 ⁽⁵⁾ Délai d'attente - garanties plafonnées à hauteur des garanties de la formule 4 pendant 12 mois sauf en cas d'accident
Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est conclu le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues BRSS : l'ensemble des tarifs de base utilisé par le régime obligatoire pour le calcul de ses remboursements. On parle de : Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention. Tarif d'Autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention. Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareils et autres biens médicaux. Tableau de garantie du contrat CT A54050050, souscrit auprès de SwissLife Prévoyance et Santé, entreprise régie par le code des assurances (cf. détails dans la notice d'information NI CAS 07/16 SWI).