

SÉLECTION SANTÉ SENIOR



SENIORS

Notice d'informations

Henner

SOMMAIRE

VOTRE CONTRAT, VOTRE ADHESION.....	4
VOTRE CONTRAT.....	4
LEXIQUE	4
PREAMBULE.....	5
OBJET DU CONTRAT	5
NATURE DES GARANTIES SANTE DU CONTRAT	5
QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?	5
PERSONNES ASSUREES	5
EFFET, DUREE, RENOUELEMENT DE L'ADHESION.....	5
CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAIS D'ATTENTE	5
TERRITORIALITE.....	6
LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS	6
VOS DECLARATIONS.....	6
VOS COTISATIONS.....	7
LA MODIFICATION DE VOS GARANTIES.....	7
QUELLES SONT VOS GARANTIES ?.....	7
COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DE VOS PRESTATIONS ?.....	9
RESILIATION.....	10
PRESCRIPTION	11
SUBROGATION	11
INFORMATIQUE ET LIBERTES	12
LES RECLAMATIONS – LA MEDIATION	12
AUTORITE DE TUTELLE	13
POSSIBILITE DE RENONCIATION	13
DISPOSITIONS D'ORDRE GENERAL.....	13
DEFINITIONS.....	13
VALIDITE TERRITORIALE	14
NECESSITE DE L'APPEL PREALABLE	14
PRISE D'EFFET - DUREE.....	15
PRESCRIPTION	15
SUBROGATION	15

LOI APPLICABLE.....	15
AUTORITE DE CONTROLE	15
INFORMATIQUE ET LIBERTES	15
RECLAMATIONS.....	16
BENEFICIAIRES	16
CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	16
CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL.....	16
GARANTIES ACCORDEES	16
EXCLUSIONS	19
EXONERATION DE RESPONSABILITE	19
SYNOPTIQUE DES GARANTIES D'ASSISTANCE	25
DEFINITIONS.....	26
L'ASSUREUR INTERVIENT :	26
L'ASSUREUR S'ENGAGE :	26
VOUS VOUS ENGAGEZ	27
LES MONTANTS CONTRACTUELS DE PRISE EN CHARGE.....	27
L'ASSUREUR N'INTERVIENT JAMAIS POUR :	28
L'ASSUREUR NE PREND JAMAIS EN CHARGE :	28
APPLICATION DES GARANTIES.....	28
LA PROTECTION DE VOS INTERETS	29
LA SUBROGATION	30
LES SERVICES A LA PERSONNE	30
BENEFICIAIRES	30
DEFINITIONS.....	30
CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS DE SERVICES A LA PERSONNE	30
ACCES A LA PLATEFORME DE DOMICAL	30
ENGAGEMENTS FINANCIERS	31
RECLAMATIONS.....	32
LITIGES.....	32
LES SERVICES A LA PERSONNE ACCESSIBLES VIA DOMICAL	32
STATUTS DE LA GARANTIE MEDICALE ET CHIRURGICALE (GMC)	33



VOTRE CONTRAT, VOTRE ADHESION

VOTRE CONTRAT

SELECTION SANTÉ SÉNIOR est un contrat collectif à adhésion facultative individuelle:

- ▶ **Souscrit par: La Garantie Médicale et Chirurgicale (La G.M.C.),** association régie par la loi de 1901, 10, rue HENNER 75009 - Préfecture de Paris n° 011559, ci-après dénommée « L'association »,
- ▶ **Auprès de l'EQUITE,** l'Assureur, Société Anonyme au capital de 18 469 320 Euros, entreprise régie par le Code des Assurances, B 572 084 697 – 7 boulevard Haussmann – 75442 Paris Cedex 09, société appartenant au Groupe GENERALI, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026 (contrats N° AC 489091 et AC 489092)
- ▶ **Auprès de Garantie Assistance:** Société régie par le Code des Assurances, 38 rue de la Bruyère 75009 Paris, pour les garanties d'Assistance santé Vie Quotidienne et aide à la médiation en cas d'erreur ou de négligence médicale (Contrat n°: 2098),
- ▶ **Auprès de La Compagnie Française de Défense et de Protection (C.F.D.P.),** Société Anonyme au capital de 1 600 000 € - siège social : 1 place Francisque Regaud – 69002 LYON (Contrat n°06 250006)

L'association La G.M.C a délégué à HENNER, SAS de courtage et de gestion d'assurances agréée ORIAS N°07.002.039, la négociation des conditions de garantie du contrat **SELECTION SANTE SENIOR** auprès des Assureurs. Elle lui en a également confié la commercialisation à titre exclusif, via son propre réseau commercial et son réseau d'intermédiaires d'assurances.

La gestion des adhésions au contrat **SELECTION SANTE SENIOR** est réalisée en pratique par HENNER - GMC, Groupement d'Intérêt Economique régi par l'ordonnance du 23 septembre 1967, 10 rue Henner 75009 Paris, dont HENNER est membre.

LEXIQUE

Adhérent

La personne signant la demande d'adhésion, acquittant les cotisations et ainsi pouvant accéder aux garanties dudit contrat.

Assuré

La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au certificat d'adhésion.

Conjoint

Est considéré comme Conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité ou son (sa) concubin(e) notoire.

Couple

Sont considérés comme couple, l'Adhérent et son Conjoint.

Enfant

Il s'agit du ou des enfants fiscalement à la charge de l'Adhérent, ou celle du Conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 25^{ème} anniversaire.

Conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée sur la demande d'adhésion.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS) :

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

Année d'assurance

Période s'écoulant entre deux dates d'échéance principale.

Echéance principale

C'est la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion. Elle est mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Garantie

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

Régime obligatoire (RO)

C'est le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie de Sécurité Sociale Française dont relève l'Assuré.

Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR)

Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime Obligatoire de Sécurité Sociale Française dont relève l'Assuré, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

Plafond Annuel de remboursement

Seuil limite annuel de la prise en charge par l'Assureur d'une dépense pour un type d'acte.

Verres optiques correcteurs

Dispositifs médicaux visant à corriger un défaut de la vision. Les verres correcteurs sont définis comme suit :

Verres simples : *verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00*

Verres complexes : *foyer dont a sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et à verres multifocaux ou progressifs*

- **Verres hypercomplexes** : verres multifocaux ou progressifs spéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

Nous

Il s'agit de nous l'Assureur.

Vous

Il s'agit de vous, l'Adhérent au contrat.

PREAMBULE

Votre adhésion au contrat **SELECTION SANTE SENIOR** est:

- ▶ Régie par les dispositions qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment par le Code des Assurances. En accord avec l'association La G.M.C et vous-même nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion,
- ▶ Constituée des éléments suivant:
 - La présente Notice d'Informations qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements,
 - La demande d'adhésion qui précise notamment le contrat auquel vous adhérez (**SELECTION SANTE SENIOR**), les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites,
 - Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé garanties.

OBJET DU CONTRAT

Le contrat **SELECTION SANTE SENIOR** a pour objet de permettre à l'Adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à une maladie, un accident ou une hospitalisation. Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

Le cas échéant, selon les garanties souscrites, et votre situation personnelle, les garanties proposées prévoient, à titre accessoire à la garantie principale, dite « Garantie Santé », un ensemble de services et des prestations complémentaires d'assistance aux Assurés.

NATURE DES GARANTIES SANTE DU CONTRAT

Garanties «contrat solidaire» : L'accès à l'un ou à l'autre des contrats et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de

santé de l'Adhérent, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties «contrat responsable» : Les différentes formules de garantie santé du contrat **SELECTION SANTE SENIOR** respectent l'ensemble des dispositions fixées par les articles L871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014.

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

QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- ▶ Etre assujetti à un Régime Obligatoire, en tant qu'Assuré social ou ayant-droit,
- ▶ Respecter l'âge limite d'adhésion précisé ci-dessous.

Formule de garanties	F1 à F5	F6
Limites d'âge à l'adhésion	De 55 à 90 ans	De 55 à 85 ans

Dispositions spécifiques au contrat SELECTION SANTE SENIOR sous le numéro AC489092 (Loi Madelin: Contrats réservés aux seuls Adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé).

Pour adhérer à ces contrats vous devez relever du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie des Travailleurs Non Salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des Régimes Obligatoires de base.

PERSONNES ASSUREES

Sont considérés comme personnes assurées : L'adhérent, et s'ils sont désignés sur le Certificat d'adhésion, son conjoint, et ses enfants à charge.

Les Assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime Obligatoire en tant qu'Assuré sociaux ou ayants-droit.

EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur la demande d'adhésion (échéance principale). Elle se renouvelle à chaque échéance principale sauf dénonciation par Vous, Nous, ou le souscripteur du contrat dans les conditions mentionnées au paragraphe «Résiliation».

Sauf dénonciation dans les formes prévues ci-dessus la **garantie santé est viagère.**

CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAIS D'ATTENTE

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent. La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion à l'égard de chaque personne assurée.

Aucun délai d'attente ne sera appliqué aux prestations mentionnées dans le tableau des garanties.

TERRITORIALITE

La garantie du contrat **SELECTION SANTE SENIOR** s'exerce en France Métropolitaine ou dans un Département d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Elle s'étend aux accidents, maladies et hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le Régime de Base de l'Assuré s'applique et que les séjours en-dehors des territoires français et monégasque ne dépassent pas 3 mois par an en une ou plusieurs périodes.

LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS

Les exclusions relatives à la Garantie Santé

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus au contrat.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum des contrats responsables.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- ▶ De guerre civile ou étrangère,
- ▶ De désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- ▶ De traitements ou d'interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- ▶ D'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin.

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables ».

En aucun cas, le versement à titre exceptionnel d'une participation sur une prestation non garantie par le contrat **Sélection Sante Senior** ne pourra être considéré comme l'acceptation tacite du risque par HENNER.

Limitations aux Frais de santé

Les limitations de garanties sont précisées dans le tableau des garanties.

VOS DECLARATIONS

A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat **Sélection Sante Senior**, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre contrat. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

En cours d'adhésion

Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- ▶ **Toute modification des éléments spécifiés au certificat d'adhésion,**
- ▶ **Les changements ou cessation d'affiliation d'un des Assurés à un Régime Obligatoire,**
- ▶ **Les changements de domicile.**

Si les éléments modifiés constituent :

- ▶ **Une aggravation de risque** (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de garantie, vous devrez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification. Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant préavis de 10 jours.
- ▶ **Une diminution de risque**, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

Pour toute inscription d'un nouvel Assuré dans le cadre de votre adhésion, il faut procéder aux déclarations prévues. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'Adhérent et les éventuels Assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celle relative au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

Validité de vos déclarations

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

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

VOS COTISATIONS

La base de calcul et le montant de vos cotisations

En début d'adhésion:

Le montant de votre cotisation est mentionné sur la demande d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, des éventuelles options sélectionnées, de l'âge des Assurés, du lieu de votre domicile, de la composition familiale et/ou du (ou des) Régime(s) Obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la prise d'effet des garanties.

En cours d'adhésion :

En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel pendant toute la durée de vie de votre adhésion.

En cas d'ajout d'un nouvel Assuré, la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie.

Le montant de la cotisation sera mentionné sur la nouvelle demande d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Votre cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des Assurés.

Elle peut également évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

Pour la détermination du montant de la cotisation, l'âge de(s) l'Assuré(s) retenu est celui à la date d'effet du contrat. En cas de modification du contrat en cours d'adhésion, l'âge retenu est celui à la date de modification du contrat.

La variation de vos cotisations

A chaque échéance principale, en dehors de l'évolution de la cotisation, en fonction de l'âge atteint chaque année par l'Assurée (calculé par différence de millièmes), l'Assureur réévaluera le montant des cotisations en fonction des résultats techniques de la garantie **Sélection Santé Senior** et de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

De plus, votre cotisation pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursement et/ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle et payable d'avance à HENNER.

Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur la demande d'adhésion.

Le non-paiement de vos cotisations

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivant son échéance, HENNER pourra, indépendamment de notre droit, poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure.

Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

LA MODIFICATION DE VOS GARANTIES

Vous pourrez modifier vos garanties à chaque échéance principale sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date, et sous réserve de respecter les limites d'âge d'accès aux garanties fixées par la présente notice d'information.

En cas d'augmentation de garantie, les plafonds dentaires de première année du nouveau niveau de garantie sont applicables. De même, les bonus consommation responsables du nouveau niveau de garanties sont applicables.

La souscription de Renforts, Niveau 1 ou Niveau 2 et 3, en cours d'adhésion est assujettie à un délai d'attente de 3 mois.

QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

Votre garantie santé

Les garanties du contrat **SELECTION SANTE SENIOR** interviennent sur les dépenses de santé engagées par l'Assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé à la demande d'adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants et participations qui y sont indiqués.

Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de

garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.

En tout état de cause, vous ne pourrez percevoir, au titre de votre adhésion au contrat **SELECTION SANTE SENIOR**, pour vous-même, ou l'un des membres de votre famille assuré, un remboursement dont le montant, cumulé à ceux perçus par le Régime Obligatoire et le ou les éventuelles assurances complémentaires, serait supérieur à celui des frais réellement engagés.

Le contrat **SELECTION SANTE SENIOR** comporte six niveaux de garanties. Pour chacun des niveaux, le tableau des garanties précise la nature, les montants de remboursements ainsi que les plafonds éventuels. Les garanties ainsi que le niveau de remboursement sont déterminés en fonction du niveau de garanties choisi qui est indiqué sur demande d'adhésion, niveaux identiques pour tous les membres de la famille.

Les montants des remboursements figurant dans le tableau de garanties sont exprimés suivant le cas :

- ▶ En pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- ▶ En Frais Réels (FR),
- ▶ En montants en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie qui incluent la prise en charge du ticket modérateur. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité. Sur la majorité des postes, les plafonds sont exprimés par année d'assurance et par bénéficiaire. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Seul le poste optique (verres + monture) s'apprécie sur une période de deux ans, sauf mention contraire sur le tableau de garanties.
- ▶ En montant par acte exprimé en euros.

Les montants des remboursements s'entendent :

- ▶ Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- ▶ Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garanties joint au contrat et détaillé plus précisément ci-dessous pour le poste dentaire :
- ▶ Plafond dentaire :
Le plafond dentaire est une limite annuelle de remboursement sur l'ensemble du poste dentaire hors soins, au-delà de celui-ci le ticket modérateur sera pris en charge.

Le tarif de référence pour le calcul des prestations est celui en vigueur à la date des soins.

De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de la déontologie médicale (art 4127-1 du code de la santé publique).

La justification des frais engagés pour les dépenses garanties s'effectue sur les bases suivantes:

Frais faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire:

Le montant est celui, tel qu'il figure:

- ▶ Dans le fichier télétransmis par le centre de traitement à HENNER (procédure de télétransmission avec votre caisse obligatoire),
- ▶ Ou sur les originaux de la feuille de soins ou le bordereau de remboursement établi par son centre de traitement,
- ▶ Et lorsque les frais ont fait l'objet d'une prise en charge par un précédent régime complémentaire, le décompte de remboursement original de ce dernier.

Frais ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire:

Le montant est celui figurant sur les factures des professionnels de santé.

La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

Certains frais non pris en charge par le Régime Obligatoire de Sécurité Sociale de l'Assuré, peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint à la demande d'adhésion.

Cas particulier des Praticiens de santé non pris en charge par le RO: Les consultations des praticiens de santé non pris en charge par le régime de base et listées dans le tableau des garanties sont prises en charge dans la limite de la prestation maximum par consultation et dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

Cas particulier des prestations non remboursées par le RO: Certains honoraires, médicaments et actes de prévention listés au tableau des garanties, médicalement prescrits et non remboursés par le Régime Obligatoire de l'Assuré peuvent faire l'objet d'une prise en charge à hauteur de 50 % des dépenses réelles dans la limite du montant du forfait annuel précisé dans la formule de garantie souscrite.

Hospitalisation en établissement non conventionné: Les frais de séjour en établissement non conventionné sont pris en charge dans la limite de: 100%BR.

Bonus Optique: Si HENNER n'a effectué à l'Assuré aucun remboursement au cours des deux années d'assurance précédentes, concernant des frais d'optique, le forfait annuel

optique prévu pour l'année en cours sera majoré comme indiqué sur le tableau de garantie au regard de la formule souscrite.

Bonus Dentaire: Si HENNER n'a effectué à l'Assuré aucun remboursement l'année d'assurance précédentes, concernant des frais de prothèses dentaire, le remboursement des prothèses dentaire prévu pour l'année en cours sera majoré comme indiqué sur le tableau de garantie au regard de la formule souscrite.

Limites annuelles de remboursement du poste dentaire:

Le remboursement des frais engagés pour les frais dentaires fait l'objet d'une limitation, appréciée par année d'assurance, dont le montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule de garantie souscrite à la demande d'adhésion, au-delà la prise en charge est limitée au ticket modérateur.

Renforts de garanties: Les renforts sont optionnels et souscrits pour une durée minimale de douze mois. Ils comportent trois niveaux de garantie différents (1, 2 et 3) pour permettre à l'Adhérent de renforcer les garanties en complément de la formule de base choisie. Les trois niveaux de renfort ne sont pas cumulables.

Les services complémentaires proposés

Tiers-payant: Une carte de tiers-payant est délivrée à l'Adhérent par HENNER lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux Assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

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

L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

Les Services d'Assistance: Les Assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance qui les accompagnent en cas de besoin:

- ▶ Assistance Santé Vie quotidienne,
- ▶ Protection Juridique,

Les conditions de votre Garantie Assistance sont indiquées ci-après.

La télétransmission: Les Assurés relevant du Régime Général, de la RAM et de la GAMEX, peuvent demander à bénéficier de la télétransmission informatique de leurs décomptes de prestations de soins à HENNER.

Ce service permet à HENNER - GMC d'effectuer le traitement des prestations complémentaires à celles versées par le Régime Obligatoire et d'en adresser le règlement à l'Adhérent.

Les Assurés s'évitent ainsi l'envoi des décomptes papiers (sous réserves de la présence sur le décompte de la mention « copie transmise pour information à votre organisme complémentaire »). Cette liaison est réalisée pour chacune des personnes assurées, à réception de la copie de l'attestation papier d'Assuré social délivrée avec sa carte VITALE.

Le dysfonctionnement dans les liaisons avec le centre de gestion du Régime Obligatoire de l'Assuré peut affecter le bon fonctionnement de service qui ne pourra être attribué à HENNER, et constituer, pour l'Assuré, un motif valable pour formuler une demande de résiliation hors échéance.

COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DE VOS PRESTATIONS ?

Les documents que vous devez transmettre

Lorsque l'Assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à transmettre à HENNER - GMC sont les suivants:

- ▶ Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies. (Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire).
- ▶ Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier.
- ▶ Les factures d'hospitalisation si celles-ci n'ont pas donné lieu à prise en charge préalable.
- ▶ Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers Payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité.
- ▶ La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires.
- ▶ Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans. L'évolution de la vue devra être justifiée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou soit sur la présentation de la prescription initiale comportant des mentions de l'opticien en application de l'article R165-1CSS.
- ▶ Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire.
- ▶ Lorsque l'adhérent ou ses ayants-droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause.

- ▶ En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'adhérent.
- ▶ En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption établissant la filiation avec l'adhérent.
- ▶ En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours.
- ▶ La facture détaillée du praticien diplômé d'Etat si vous bénéficiez du poste médecines douces.
- ▶ Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs. Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

En tout état de cause, tout justificatif produit plus de 2 ans après la date de soins ne pourra faire l'objet de remboursement.

Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

Contrôle des dépenses

HENNER et l'Assureur se réservent la possibilité de demander aux Assurés:

- ▶ Tous renseignements ou documents dont ils jugeraient utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces documents ont un caractère médical, l'Assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de HENNER.
- ▶ De se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'Assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

En fonction du résultat de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'adhérent, l'assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'Assuré et Nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable. Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^{ème} médecin chargé de les départager.

En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^{ème} médecin et des frais de sa nomination.

Le paiement des prestations

Les dépenses de santé: A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des Assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

RESILIATION

L'adhésion peut être résiliée

Résiliation par l'adhérent

L'adhérent peut résilier son adhésion :

- ▶ A l'échéance en adressant à l'assureur une lettre recommandée au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure,
- ▶ En cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de cette modification. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- ▶ En cas de diminution du risque, si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L.113-4 du Code des Assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation. Les dispositions applicables en cas de diminution du risque ne sont pas applicables lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié.

Important: Reconduction tacite des contrats: Conformément à l'article L113.15.1 du Code des assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Châtel).

Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier l'adhésion :

- ▶ En cas de non-paiement des cotisations (article L.113-3 du Code des Assurances), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de résiliation, si la cotisation n'est pas réglée.
- ▶ En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent sans que la mauvaise foi de l'adhérent soit établie (article L.113-9 du Code des Assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

Résiliation par l'adhérent ou l'assureur

L'adhérent ou l'assureur peut résilier l'adhésion :

- ▶ En cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe

avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation (article L.113-16 du Code des Assurances), dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour l'assureur.

Résiliation par l'adhérent ou l'assureur

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- ▶ En cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, une nouvelle offre leur sera proposée, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- ▶ En cas de départ de la France métropolitaine ou de la Principauté de Monaco pour une durée supérieure à un an. La résiliation prend effet le 1^{er} jour qui suit le 1^{er} anniversaire du départ.

Les modalités de la résiliation

La résiliation par l'Adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception et adressé au siège administratif de HENNER, Département des particuliers, 10 rue HENNER 75009 Paris.

La résiliation par l'Assureur sera notifiée par HENNER à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

Pour toute demande de résiliation, l'Assuré sera tenu de restituer à HENNER l'original de la carte de tiers-payant en cours de validité.

PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L114-1, L114-2 et L114-3 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'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par :

- L'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime

- 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.

Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code Civil relatant les causes d'interruption de la prescription :

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

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

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

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

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

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

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

SUBROGATION

L'Adhérent ou ses ayants-droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'Assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'Adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable (Article L.121.12 du Code des Assurances).

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations à caractère personnel recueillies par HENNER sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes de souscription ou de gestion du présent contrat. Elles feront l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la loi informatique et liberté n°78-17 du 6 janvier 1978.

Toutefois, conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, HENNER peut être amené à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, supprimer, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales.

Ces droits peuvent être exercés en écrivant à :

HENNER, Département des Particuliers
10, rue Henner
75009 PARIS

Les informations personnelles y compris celles recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du code pénal, pourront être utilisées par L'EQUITE pour des besoins :

- ▶ De connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement,
- ▶ D'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,

- ▶ De prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'assuré à la prospection conformément aux exigences légales.

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations, à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8 rue Vivienne, 75002 PARIS.

LES RECLAMATIONS-LA MEDIATION

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, ses cotisations ou encore ses sinistres, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications :

HENNER, Département des Particuliers
10, rue Henner
75009 PARIS

Si l'adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives à :

L'EQUITE – Cellule Qualité

7, boulevard Haussmann – 75442 Paris Cedex 09

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si l'adhésion au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'adhérent ou l'assureur.

Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'adhérent et l'assureur après examen de votre demande par le service réclamations, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance – BP 290 – 75425 PARIS Cedex 09.

Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamation ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du Médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

AUTORITE DE TUTELLE

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

POSSIBILITE DE RENONCIATION

Renonciation à l'adhésion en cas de démarchage à domicile

Conformément à l'article L112-9 du Code des Assurances « *Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.*

Si les conditions précitées sont réunies – et sous réserve des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances – l'adhérent peut renoncer au présent contrat en envoyant le modèle de lettre joint ci-après sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception. Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de 14 précités.

« Je soussigné....., n°contrat....., désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande de souscription au contrat Sélection Santé Senior n°AC 489 091 ou n°AC 489 092 effectuée en date du date de la signature de la demande de souscription. Fait à.... »

Les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclus à distance au sens des articles L.112-2-1 du Code des Assurances et L.121-6 du Code de la Consommation, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris la conclusion du contrat.

Conformément à l'article L.112-2-1 du II du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L.121-28 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion de l'adhésion.

Si l'adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée à l'adresse suivante :

HENNER, Département des Particuliers
10, rue Henner
75009 PARIS

Elle peut être rédigée suivant le modèle de lettre ci-dessous.
« Je soussigné(e)...., n°d'adhésion...., désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat Sélection Santé Senior n°AC 489 091 ou n°AC 489 092, effectuée en date du... »(date de la signature de la demande d'adhésion), exclusivement à distance.
Fait à..., le...
(signature)

L'assureur rembourse la cotisation perçue de l'adhérent en application de l'adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les 30 jours suivant la réception par l'assureur de la notification de la renonciation.

II ASSISTANCE SANTE

COMMENT CONTACTER GARANTIE ASSISTANCE ?

Téléphone de France: 09 77 40 68 74
de l'étranger : +33 9 77 40 68 74
Télécopie: 09 77 40 17 87
24h/24, en indiquant le numéro de votre contrat : 000002098

IMPORTANT: Pour que les prestations garanties soient acquises, Garantie Assistance doit avoir été prévenue (par téléphone, fax) et avoir donné son accord préalable.

DISPOSITIONS D'ORDRE GENERAL

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordés aux « Bénéficiaires » tels que désignés ci-dessus.

Ces prestations sont gérées par Garantie Assistance (ci-après dénommée G.A.), Société anonyme au capital de 1 850 000€ - 312 517 493 RCS Paris, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le Siège Social est situé 38 rue La Bruyère - 75009 Paris.

DEFINITIONS

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

Accident

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

Aidant

L'aidant familial est la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide est permanente ou pas.

Domicile

Le lieu de résidence principale et habituelle des Bénéficiaires, situé en France telle que défini ci-dessous, mentionné aux dispositions particulières du contrat frais de santé souscrit auprès de HENNER.

Événement

La maladie, l'accident ou le décès selon la garantie sollicitée.

Conjoint

Le conjoint proprement dit ainsi que le concubin ou le partenaire lié par le Pacte Civil de Solidarité.

Enfants, Petits enfants

Les enfants et petits enfants du souscripteur et de son conjoint, âgés de moins de 16 ans et vivant sous le même toit.

Personne dépendante

Toute personne qui est physiquement (ou mentalement) et/ou financièrement à la charge du Bénéficiaire, vivant sous le même toit que le Bénéficiaire, et déclarée comme telle auprès de l'administration fiscale.

Frais de secours

Frais de transport du Bénéficiaire, lorsque celui-ci a été localisé, à partir du point où survient l'événement jusqu'à l'hôpital ou le centre médicalisé le plus proche.

Frais de recherche

Frais des opérations effectuées par des sauveteurs ou des organismes de secours (privés ou publics) se déplaçant spécialement pour rechercher le Bénéficiaire en un lieu dépourvu de tous moyens de secours organisés ou rapprochés.

Frais de séjour

Frais d'hôtel petit-déjeuner continental inclus.

G.A.

La société Garantie Assistance.

Immobilisation

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

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de santé médicalement justifié, 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 à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

Maladie

Altération de la santé constatée par une autorité médicale habilitée.

Maladie chronique

Se dit des maladies qui évoluent lentement et qui se prolongent.

Maladie grave

Maladie mettant en jeu le pronostic vital.

France

France Métropolitaine (Corse incluse), Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion, Mayotte ainsi que Principautés de Monaco et d'Andorre. Pour l'application des garanties Transfert à l'hôpital (ou service maternité) et retour au domicile, voyage et hébergement d'un proche, garde des enfants de moins de 16 ans, garde des ascendants dépendants et présence d'un proche au domicile, on distingue deux zones de résidence:

- ▶ **Zone outre marine:** Guadeloupe, Martinique, Guyane, Mayotte ou Réunion.
- ▶ **Zone européenne:** France Métropolitaine (Corse incluse), principauté de Monaco.

VALIDITE TERRITORIALE

Les garanties Assistance Vie Quotidienne sont utilisables au domicile du Bénéficiaire en France telle que définie ci-dessus.

Attention : la totalité de la prestation d'assistance (point de départ et d'arrivée du transfert, de l'acheminement ou du transport) est fournie exclusivement depuis et au sein de la zone de résidence du bénéficiaire (cf. définition de la France).

NECESSITE DE L'APPEL PREALABLE

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 74

N° Télécopie : 09 77 40 17 87

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 du contrat d'abonnement téléphonique ou d'adhésion à la Convention d'Assistance,
 - 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.

PRISE D'EFFET - DUREE

Les garanties prennent effet le lendemain (à 0 heure) de la date d'adhésion figurant sur le bulletin d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la cotisation par **G.A.** La date de prise d'effet ne peut pas être antérieure à la date d'adhésion.

L'adhésion est souscrite pour une durée maximale de 12 mois consécutifs à compter de la date d'adhésion : elle prend fin le dernier jour (à 24 heures) du douzième mois suivant la date d'adhésion.

Pendant toute la durée de validité de la Convention d'Assistance, les prestations sont acquises si l'événement garanti intervient entre la date d'effet et la date de fin de l'adhésion.

L'ensemble des garanties définies dans la présente Convention suit le sort du contrat **Sélection Santé Senior** auquel il se rattache et dont il fait partie intégrante (date d'effet, durée, suspension, renouvellement, résiliation, etc...).

Le bénéficiaire d'un contrat **Sélection Santé Senior** proposé par **HENNER** en vigueur est couvert en cas de survenance d'un événement garanti pendant la durée de validité de la Convention d'Assistance n° 000002098 liant **HENNER** à **G.A.** et, au plus tôt le 1^{er} avril 2015, sous réserve que son adhésion à la garantie d'assistance soit également en vigueur au moment de cet événement.

Les garanties prennent fin dans les cas suivants :

- ▶ **le dernier jour de la période d'adhésion** de 12 mois si l'adhérent décide de ne pas renouveler son adhésion ;
- ▶ en cas de résiliation à l'initiative de l'assuré dans les conditions prévues par l'article L.113-12 du code des assurances : l'assuré doit envoyer une lettre recommandée à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance ;
- ▶ en cas de résiliation du contrat **Sélection Santé Senior** de **HENNER** , de plein droit à compter de la résiliation de cet abonnement ;
- ▶ **en cas de résiliation du Contrat Collectif d'Assistance n° 000002098, dans ce cas, les bénéficiaires seront informés par HENNER du changement de société d'assistance.**

PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites selon les règles édictées par le Code des Assurances:

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court:

- ▶ En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où **G.A.** 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 d'interruption de la prescription (citation en justice, commandement ou mesure d'exécution forcée) 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.

SUBROGATION

Conformément à l'article L.121-12 du Code des Assurances, **G.A.** est subrogée, à concurrence des frais engagés par elle en exécution du présent Contrat, dans les droits et actions du bénéficiaire contre tout tiers responsable de l'événement ayant donné lieu à assistance ou à remboursement.

LOI APPLICABLE

Le présent contrat est soumis à la loi française.

Toute action dérivant des Conditions Générales sera portée devant le Tribunal dans le ressort duquel l'adhérent a son domicile.

AUTORITE DE CONTROLE

Garantie Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACP) située 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire lors de l'adhésion aux présentes Conditions Générales 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 d'assistance.

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.

RECLAMATIONS

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 1.5., 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 reclamations@garantieassistance.fr.

Une réponse est formulée dans un délai de 15 (quinze) jours à compter de la réception du courrier de réclamation. Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, **G.A.** envoie un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse.

BENEFICIAIRES

Toute personne physique, domiciliée en France, ayant souscrit par l'intermédiaire de HENNER un contrat **Sélection Santé Senior** et qui a adhéré à la présente Convention d'Assistance.

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Sans préjudice des règles spécifiques exposées ci-dessus, toute demande de remboursement adressée par le Bénéficiaire à **G.A.** devra être accompagnée de toutes les factures originales et tous les justificatifs originaux 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.

CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

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'événement 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 GARANTIE ASSISTANCE.

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

GARANTIES ACCORDEES

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 vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés ou chômés), 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).

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.

Information spécifique à 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

Assistance information retraite

Le bénéficiaire peut, sur simple demande téléphonique, obtenir des informations sur les thèmes suivants:

- ▶ **Informations pratiques :** Modalités de départ en retraite, coordonnées des caisses de retraite et organismes des régimes complémentaires, régimes de retraite des travailleurs salariés, artisans, commerçants, professions libérales (etc.), activités,

avantages tarifaires et publications destinés aux seniors.

- ▶ **Informations juridiques :** Informations légales et réglementaires concernant les conditions et les modalités de départ à la retraite, les règles de liquidation et de paiement de la pension, le régime juridique, fiscal et social de la pension de retraite, la pension de réversion, les prestations familiales et sociales, le cumul emploi-retraite.

Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971.

G.A. ne pourra pas être tenue responsable des éventuelles difficultés, et leurs conséquences, qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une interprétation erronée et/ou d'une utilisation inappropriée, par le Bénéficiaire, des informations « Retraite » et « Dépendance » communiquée.

La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de la l'appel du bénéficiaire. G.A. ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieurement à cet appel.

Sont exclus de la garantie les demandes d'information ayant trait à des thèmes juridiques ne relevant pas du droit français.

Assistance vie quotidienne

Assistance en cas d'immobilisation au domicile et/ou d'hospitalisation du bénéficiaire

Rappel: sauf stipulation contraire, l'hospitalisation du Bénéficiaire doit être supérieure à 48 heures consécutives et l'immobilisation au domicile doit être supérieure à 5 jours consécutifs. G.A. pourra subordonner la mise en œuvre des garanties à l'envoi par le bénéficiaire d'un bulletin d'hospitalisation ou d'un certificat médical prescrivant l'immobilisation.

Recherche d'un médecin

En l'absence du médecin traitant habituel, G.A. aide le Bénéficiaire 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. L'indisponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de G.A.

Recherche de 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.

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) dans les limites des disponibilités locales. **Les frais et honoraires des infirmières ou des auxiliaires de vie sont à la charge exclusive du Bénéficiaire.**

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*.

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).

G.A. ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence qu'il convient d'appeler en premier lieu, si nécessaire, et ne saurait prendre en charge les frais s'y rapportant.

Présence d'un proche au chevet du Bénéficiaire

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

- ▶ 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 touriste pour se rendre au chevet du Bénéficiaire,**
- ▶ Le séjour à l'hôtel de ce proche pendant **2 nuits à concurrence de 80€ TTC maximum par nuit.**

Garde ou transfert des enfants et petits-enfants de moins de 16 ans

Si, durant l'hospitalisation du Bénéficiaire, ses enfants ou petits-enfants 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:

- ▶ Soit leur garde au domicile du Bénéficiaire pendant **2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour (entre 7H et 19H), en dehors des week-ends, jours chômés et fériés.**
- ▶ Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à concurrence de 150€ TTC maximum pour l'ensemble de la prestation.
- ▶ Soit leur transfert **aller/retour en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe chez un parent résidant en France** (l'accompagnement des enfants

ou petits enfants est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le Bénéficiaire).

- ▶ Soit le transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe d'un proche résidant en France au domicile du Bénéficiaire.

Garde des animaux de compagnie (chats ou chiens)

En cas d'hospitalisation du Bénéficiaire supérieure à 48 heures, G.A. organise et prend en charge la garde à l'extérieur des animaux de compagnie.

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

On entend par animal de compagnie: le chat ou le chien appartenant au Bénéficiaire, satisfaisant aux conditions de tatouage et de vaccinations imposées par la législation française.

Sont exclus de la garantie:

- ▶ Les chiens susceptibles d'être dangereux c'est à dire les chiens de race 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 ».
- ▶ Les animaux détenus par le Bénéficiaire dans le cadre d'un élevage, d'une exploitation agricole ou toute activité professionnelle.
- ▶ Les frais de toilettage et les frais de soins vétérinaires.

Aide ménagère à domicile

Si l'état de santé du Bénéficiaire 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 à concurrence de 20 heures de travail effectif maximum, la mise à disposition d'une aide ménagère selon le cas:

- ▶ Pendant l'immobilisation au domicile, sur une période de 15 jours calendaires maximum (à compter de la date figurant sur le certificat médical) lorsque le Bénéficiaire n'a pas été hospitalisé.
- ▶ Pendant l'hospitalisation ou dès le retour au domicile sur une période de 15 jours calendaires maximum respectivement à compter de la date d'admission ou de sortie de l'établissement de santé.

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

Le nombre d'heures et la période de mise à disposition de l'aide ménagère indiqués ci-dessus ne sont pas forfaitaires: le nombre d'heures effectivement allouées et leur répartition sur la période de mise à disposition sont déterminés par le médecin de G.A. en tenant compte de l'état de santé du Bénéficiaire.

Assistance psychologique

Sur simple appel téléphonique et sur prescription médicale du médecin traitant du Bénéficiaire, G.A. met en relation le

Bénéficiaire avec un psychologue qui déterminera avec lui le contenu de son intervention. Cette prestation est assurée en toute confidentialité.

G.A. prend en charge les frais de consultation du psychologue désigné par le Bénéficiaire à concurrence de 2 séances maximum et dans la limite de 180€ TTC.

Assistance en cas de décès du Bénéficiaire

Assistance 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.

Avance des frais d'inhumation

En cas de décès du Bénéficiaire ou de son Conjoint, G.A. fait l'avance des frais d'inhumation à concurrence de 3 050€ TTC.

Cette avance de fonds est consentie par G.A. et remboursée par le Bénéficiaire de l'avance dans les conditions et selon les modalités exposées au paragraphe « AVANCE DE FRAIS ».

Aide ménagère à domicile

En cas de décès du Bénéficiaire 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, pendant les 15 premiers jours calendaires maximum suivant la date du décès.

G.A. prend en charge les frais correspondants à concurrence de 20 heures de travail effectif maximum. Cette garantie fonctionne de 8h à 19h tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés.

Le nombre d'heures et la période de mise à disposition de l'aide ménagère indiqués ci-dessus ne sont pas forfaitaires: le nombre d'heures effectivement allouées et leur répartition sur la période de mise à disposition sont déterminés par le médecin de G.A. en tenant compte de l'état de santé du Bénéficiaire.

Garde des enfants et des petits enfants de moins de 16 ans

En cas de décès du Bénéficiaire ou de son Conjoint, G.A. organise et prend en charge la garde des enfants et petits-enfants du Bénéficiaire:

- ▶ soit au domicile du bénéficiaire dans la limite des disponibilités locales 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 € TTC pour l'ensemble de la prestation.
- ▶ Soit leur transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe chez un parent résidant en France (l'accompagnement des enfants ou petits-enfants est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le Bénéficiaire).
- ▶ Soit le transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe d'un proche résidant en France au domicile du Bénéficiaire.

EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties, d'une part:

- ▶ les maladies diagnostiquées dans les 6 mois précédant la demande d'adhésion ;
- ▶ les hospitalisations aux fins de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle ;
- ▶ les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- ▶ les maladies ou troubles mentaux comprenant les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;
- ▶ les états pathologiques faisant suite à une Interruption Volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée ;
- ▶ les maladies chroniques ou répétitives ainsi que les hospitalisations prévues ou répétitives pour une même cause ;
- ▶ toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique notamment) ;
- ▶ les séjours dans les établissements de cure thermale, en maison de repos ;
- ▶ les frais engagés sans accord préalable de G.A. ;
- ▶ les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie ;
- ▶ les conséquences civiles et/ou pénales d'actes intentionnels commis par le bénéficiaire en violation de la législation en vigueur en France ou à l'étranger ;
- ▶ les frais non justifiés par des factures originales ;
- ▶ les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants à doses non prescrites par une autorité médicale ou obtenus frauduleusement ;
- ▶ 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 hospitalisations aux fins de traitements esthétiques, d'amaigrissement ou de rajeunissement ;
- ▶ 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 ;
- ▶ les conséquences de la participation volontaire du bénéficiaire à un crime ou à un délit ;
- ▶ les conséquences de la participation volontaire du bénéficiaire à une rixe, un pari ou un défi ;
- ▶ les frais de restauration (à l'exception des petits-déjeuners lorsqu'ils sont prévus dans les garanties) ;
- ▶ les dommages ou aggravation des dommages causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ou par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants et qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire ;

- ▶ les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à des effets neurotoxiques rémanents,qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays où le bénéficiaire se trouve lors de son déplacement.

EXONERATION DE RESPONSABILITE

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 ;
- ▶ 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) aux disponibilités locales ;
- ▶ la responsabilité de G.A. ne pourra pas être invoquée lorsque le défaut de mise en œuvre des garanties est consécutif à un refus du bénéficiaire ou du médecin traitant de communiquer les informations médicales et/ou administratives sollicitées par G.A. pour vérifier la réalité de l'événement invoqué par le bénéficiaire à l'appui de la demande d'assistance.
- ▶ D'une manière générale, G.A. ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
 - soit, d'événements tels que 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 ou d'attentats commis sur le territoire d'un pays autre que la France,
 - soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
 - soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

Assistance liée la dépendance

G.A. pourra demander à l'adhérent ou à un de ses aidants de communiquer tout justificatif utile établissant son niveau de dépendance (attestation d'allocation perte d'autonomie, attestation émanant d'un organisme social ou fiscal par exemple).

Service de renseignement sur la dépendance

L'adhérent (ou un de ses proches aidants), peut sur simple appel téléphonique accéder à notre service d'information. G.A. communique à l'adhérent toutes les informations dont il a besoin dans le cadre de la survenance de la dépendance, notamment les droits de l'aidant et les démarches à effectuer.

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

Aide à la constitution de dossier

Sur simple appel téléphonique et 7j/7, G.A. aide l'adhérent ou ses proches aidants dans la constitution du dossier lié à sa dépendance (par exemple pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée).

Recherche d'établissements spécialisés

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

Recherche d'établissements temporaires

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

Assistance déménagement

G.A. organise le déménagement 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.

Ecoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Sur simple appel de l'adhérent ou un de ses proches aidants, 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.

Assistance prévention dépendance

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.

Service soutien de la mémoire

En complément du bilan prévention mémoire, en cas de vieillissement normal de sa mémoire, l'Adhérent 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.

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.

- ▶ 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.

Bilan de prévention dépendance

A la demande de l'Adhérent (ou à celle d'un des proches aidants), 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 ».

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'habillage) et est à la disposition de l'Adhérent ou d'un de ses proches aidants 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.

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 de l'Adhérent, 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 aidants) 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 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 diagnostic ou thérapeutique personnalisées.

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

Assistance dépendance en cas d'hospitalisation de l'adhérent ou de son conjoint de plus de 15 jours

Billet de visite ou Auxiliaire de vie

Lors du retour à domicile de l'adhérent (ou son conjoint) à la suite d'une hospitalisation de plus de 15 jours :

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

G.A. rembourse également les frais d'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 de résidence de l'adhérent comme définie au 1.4 ;

- ▶ Soit, lors du retour à domicile de l'adhérent (ou son conjoint) après une période d'hospitalisation de plus de 15 jours, G.A. recherche et prend en charge une auxiliaire de vie dans la limite de 10 heures, pendant les 3 jours qui suivent le retour au domicile afin qu'elle s'occupe de l'Adhérent (ou son conjoint) dépendant. (dans la limite de 1 intervention par année civile)

Les prestations « Billet de visite » et « Auxiliaire de vie » sont mises en œuvre lorsque l'Adhérent dépendant se retrouve seul au domicile et ne sont pas cumulables.

Assistance convalescence « senior » - Téléassistance médicalisée

Cette garantie s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 15 jours d'un bénéficiaire de plus de 75 ans.

Après une hospitalisation, G.A. met à disposition et prend charge un service de Téléassistance pendant la convalescence du bénéficiaire pour une durée de 3 mois maximum. Au-delà de cette période, le bénéficiaire aura la possibilité de prolonger le service à sa charge dans le cadre d'un abonnement à tarif préférentiel.

Conciergerie assistance au quotidien

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.

Les organismes de services intervenant en mode prestataire ont la faculté d'utiliser leurs matériels et produits à l'occasion des prestations. **Cette faculté ne saurait en aucun cas englober la vente de produits d'entretien ou de matériels.**

Collecte et livraison à domicile de linge repassé

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.

Ce service ne comprend pas la prestation de repassage elle-même dès lors qu'elle est réalisée hors du domicile.

Livraison de repas à 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.).

La fourniture des denrées alimentaires ainsi que les opérations de fabrication des repas effectuées hors domicile sont exclues du champ des services à la personne.

Préparation de repas à 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).

Le temps passé à faire les commissions est compris dans cette prestation.

La fourniture des denrées alimentaires ainsi que les opérations de fabrication des repas effectuées hors domicile sont exclues du champ des services à la personne.

Assistance informatique et internet : initiation et formation

Ce service englobe **obligatoirement** 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.

Ce service ne comprend pas :

- ▶ le dépannage ou l'assistance informatique effectuée à distance (Internet, téléphone, etc.),
- ▶ a réparation de matériels et la vente de matériels et de logiciels,
- ▶ l'initiation et la formation relatives aux matériels audio, photo et vidéo numériques.

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.

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.

En mode prestataire, l'organisme intervenant dispose de son propre matériel.

En mode mandataire, les matériels utilisés doivent être mis à la disposition du salarié par le bénéficiaire employeur.

Ce service ne comprend pas les gros travaux forestiers (au sens de l'article L.722-3 du Code Rural) et de la pêche maritime : les travaux de récolte de bois (abattage, ébranchage, élagage, éhouppage, débardage sous toutes ses formes, les travaux de reboisement et de sylviculture, y compris l'élagage, le débroussaillage et le nettoyage des coupes, les travaux d'équipement forestier, lorsqu'ils sont accessoires aux travaux ci-dessus).

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.

Des prestations complémentaires, correspondant à l'approvisionnement des petites fournitures nécessaires à l'intervention, si elles peuvent être fournies par l'organisme, n'ouvrent pas droit à la réduction ou au crédit d'impôt ni à l'éventuelle application du taux réduit de TVA.

Cours à domicile

Ce service comprend les cours à domicile dispensés de manière individuelle à tout public : enfant, 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.

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.

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, etc.

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).

Assistance aux personnes handicapées

Les activités d'assistance aux personnes handicapées (cf. définition au paragraphe 1.4) 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.

Garde malade

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.

Aide à la mobilité et transports de personnes 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.

Conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les demandes administratives

Ce service suppose que le bénéficiaire soit une personne dépendante (cf. définition paragraphe 1.4) 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.

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 (cf. définition paragraphe 1.4) 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.

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).

Soins d'esthétique à 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.

Les services du quotidien pour les enfants ou petits-enfants

Garde d'enfant à domicile

Ce service comprend :

- ▶ la garde d'enfants ou petits-enfants au domicile des parents ou grands-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.

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

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.

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.

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 :

SYNOPTIQUE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Assistance information santé

- Information santé d'ordre général
- Information spécifique à une pathologie
- Service de renseignement sur la dépendance

Du lundi au vendredi de 9h à 18h
Du lundi au vendredi de 9h à 18h
Sur simple appel téléphonique

Assistance information retraite

- Informations pratiques
- Informations juridiques

Sur simple appel téléphonique
Sur simple appel téléphonique

Assistance vie quotidienne

- Assistance en cas d'immobilisation au domicile et/ou d'hospitalisation du bénéficiaire
- Recherche d'un médecin
- Recherche de médicaments
- Organisation des soins à domicile
- Transfert à l'hôpital et retour au domicile
- Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

- Garde ou transfert des enfants et petits enfants de moins de 16 ans
- Garde des animaux de compagnie (chats et chiens)
- Aide-ménagère à domicile
- Assistance psychologique

Sur simple appel téléphonique
Sur simple appel téléphonique
Sur simple appel téléphonique
Sur simple appel téléphonique
1 titre de transport A/R (1 intervention par année civile)
Frais d'hôtel à concurrence de 100 € TTC par nuit (200 € TTC maximum par séjour)
20 heures pendant 2 jours (10h max par jour)

A concurrence de 230€
20 heures maximum pendant 15 jours
2 séances dans la limite de 180€

Assistance en cas de décès du bénéficiaire

- Assistance obsèques
- Avance des frais d'inhumation
- Aide-ménagère à domicile
- Garde des enfants et petits-enfants de moins de 16 ans

Sur simple appel téléphonique
A concurrence de 3050€
20 heures maximum pendant 15 jours
20 heures pendant 2 jours (10h max par jour)

Assistance dépendance

- Service de renseignement sur la dépendance
- Aide à la constitution de dossier
- Recherche d'établissements spécialisés
- Recherche d'établissements temporaires
- Assistance au déménagement
- Ecoute et Aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique
-
- Ecoute conviviale

Sur simple appel téléphonique
Sur simple appel téléphonique
Sur simple appel téléphonique
Sur simple appel téléphonique
Organisation sans prise en charge
Sur simple appel téléphonique

Sur simple appel téléphonique

Assistance prévention

- Bilan prévention mémoire
- Service soutien de la mémoire
- Bilan prévention et Accompagnement de l'incontinence
- Bilan de prévention dépendance

Sur simple appel téléphonique
Sur simple appel téléphonique
Sur simple appel téléphonique
Sur simple appel téléphonique

En cas d'hospitalisation de l'adhérent ou de son conjoint de plus de 15 jours

- Billet de visite ou Auxiliaire de vie
- Téléassistance

1 titre de transport A/R (1 intervention par année civile)
Frais d'hôtel à concurrence de 100 € TTC par nuit (200 € TTC maximum par séjour)
10 heures pendant 3 jours
Mise en place et prise en charge des frais pendant 3 mois

Assistance au quotidien

- Services

Organisation sans prise en charge

DEFINITIONS

L'assureur

CFDP Assurances - S.A. au capital de 1 600 000 € / RCS 958 506 156 B/ Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social 1 Place Francisque Régaud – 69002 Lyon.

Le souscripteur

HENNER, société de courtage d'assurances ayant son siège social 10 rue Henner, 75459 PARIS Cedex 09, immatriculée au RCS de Paris sous le n° B 323377739 et au Registre des intermédiaires en assurance (ORIAS) sous le n°07002039.

Vous

L'adhérent, ayant souscrit un contrat complémentaire santé auprès de HENNER, ainsi que toutes les personnes physiques désignées sur ce contrat, bénéficiaires des garanties.

Le tiers

toute personne étrangère au présent contrat.

Le litige ou différend

une situation conflictuelle causée par un évènement préjudiciable ou un acte répréhensible Vous conduisant à faire valoir un droit contesté, à résister à une prétention ou à Vous défendre devant une juridiction.

L'ASSUREUR INTERVIENT :

Quand Vous souhaitez être assisté, faire valoir vos droits à l'encontre du responsable de votre préjudice ou faites l'objet d'une réclamation de la part d'un Tiers, dans les cas suivants :

▶ La santé :

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

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

Vous êtes victime d'un accident, d'une agression ou êtes malade et rencontrez des difficultés pour faire valoir ou

respecter vos droits avec : un organisme public ou privé gestionnaire des régimes de sécurité sociale, des régimes complémentaires ou des prestations familiales, une MDPH, la CNSA, ou par une compagnie d'assurance ou un établissement bancaire ou de crédit dans le cadre d'un contrat de prévoyance.

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

▶ La consommation médicale :

A l'occasion de l'achat, de l'entretien ou de la location d'un matériel médical ou paramédical, de la réalisation de menus travaux d'aménagement de votre résidence située en France rendus nécessaires par votre état de santé, ou dans le cadre d'une cure thermale ou d'une thalassothérapie, Vous rencontrez des difficultés avec le vendeur, le loueur ou le prestataire de services.

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

Les déclarations de sinistre parviendront à CFDP Assurances :
par courrier : 20 rue Laffitte, 75009 PARIS
par mail : parisgc@cfdp.fr
par téléphone : au 01 49 95 99 12

L'ASSUREUR S'ENGAGE :

A Vous écouter et Vous informer sur vos droits et les mesures nécessaires à la sauvegarde de vos intérêts.

A Vous conseiller sur la conduite à tenir devant un Différend.

A Vous aider à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier de réclamation ou de défense et à effectuer les démarches pour obtenir une solution négociée et amiable.

A Vous faire assister et soutenir par des Experts qualifiés tels que des médecins, des psychologues ou autres consultants quand la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution du Litige. L'Expert Vous assistera et rendra si besoin une consultation écrite après Vous avoir entendu. Cet avis consultatif destiné à étayer votre réclamation ou votre défense Vous sera communiqué.

Lorsque toute tentative de résolution du Litige sur un terrain amiable a échoué ou lorsque votre adversaire est assisté par un avocat, l'Assureur s'engage :

A Vous faire représenter par l'auxiliaire de justice de votre choix.

A prendre en charge dans la limite des montants contractuels garantis :

- les frais et honoraires des avocats et experts ;

-les frais de procès comprenant notamment les frais d'huissiers, d'expertise judiciaire, la taxe d'appel.

A organiser votre défense judiciaire en respectant le libre choix de votre défenseur.

Conformément à l'article L127-3 du Code des Assurances, lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir.

Vous choisissez donc en toute liberté et indépendance l'avocat chargé de vos intérêts ; l'Assureur intervient seulement pour donner son accord sur le principe de la saisine mais ne désigne pas d'avocat à votre place. Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez Vous rapprocher de l'Ordre des Avocats du barreau compétent ou demander par écrit à l'Assureur de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

Vous avez la maîtrise de la direction du procès en concertation avec l'avocat que Vous avez choisi.

Lors de la saisine de l'avocat, celui-ci est tenu en application des règles déontologiques de sa profession, de Vous faire signer une convention d'honoraires afin de Vous informer des modalités de détermination de ses honoraires et de l'évolution prévisible de leur montant.

directement au règlement de la facture adressée par l'avocat, et ce dans la limite des montants contractuels garantis.

Par principe, Vous faites l'avance des frais et honoraires et l'Assureur Vous rembourse sur justificatifs le montant des factures réglées dans la limite des montants contractuels garantis.

Si la convention d'honoraires le prévoit ou si vous en faites la demande, l'Assureur peut procéder directement au règlement de la facture adressée par l'avocat, et ce dans la limite des montants contractuels garantis.

Qu'il s'agisse d'un paiement direct ou d'un remboursement, le règlement de l'Assureur sera effectué au plus tard 30 jours après réception des justificatifs et interviendra Hors Taxe si Vous récupérez la TVA, Toutes Taxes Comprises dans le cas contraire.

VOUS VOUS ENGAGEZ

A déclarer le sinistre à l'Assureur dès que Vous en avez connaissance sauf cas de force majeure. L'Assureur ne peut néanmoins Vous opposer une déchéance de garantie pour déclaration tardive sauf s'il est prouvé que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

Vous devez préciser la nature et les circonstances de votre litige et transmettre toutes les informations utiles telles que avis, lettres, convocations, actes d'huissier, éventuelles assignations...

A relater les faits et circonstances avec la plus grande précision et sincérité.

A fournir dans les délais prescrits par la loi ou les règlements tous documents à caractère obligatoire.

A établir par tous moyens la réalité du préjudice que Vous alléguiez : l'Assureur ne prend jamais en charge les frais de rédaction d'actes, d'expertises, les constats d'huissier, les frais liés à l'obtention de témoignages, d'attestations ou de toutes autres pièces justificatives destinées à constater ou à prouver la réalité de votre préjudice, à identifier ou à rechercher votre adversaire, ou diligentés à titre conservatoire ou engagés à votre initiative.

A ne prendre aucune initiative sans concertation préalable avec l'Assureur.

Si Vous prenez une mesure, mandatez un avocat ou tout auxiliaire de justice sans en avoir avisé l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés restent à votre charge.

Néanmoins si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, l'Assureur vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés sans avoir obtenu son accord préalable.

LES MONTANTS CONTRACTUELS DE PRISE EN CHARGE

• Consultation d'Experts	391 €
Démarches amiables	
• Intervention amiable	112 €
• Protocole ou transaction	335 €
• Assistance préalable à toute procédure pénale	
• Assistance à une instruction ou à une expertise judiciaire	391 €
• Expertise Amiable	1 116 €
• Démarche au Parquet (forfait)	129 €
• Médiation conventionnelle ou judiciaire, arbitrage	558 €
• Tribunal de Police	
• Juridiction de Proximité statuant en matière pénale	558 €
• Tribunal Correctionnel	893 €
• Commissions diverses	558 €
• Tribunal d'Instance	
• Juridiction de Proximité statuant en matière civile	837 €
• Tribunal de Grande Instance	
• Tribunal Administratif	
• Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale	
• Autres juridictions du premier degré	1 116 €
• Référé	670 €
• Référé d'heure à heure	837 €
• Incidents d'instance et demandes incidentes	670 €
• Ordonnance sur requête (forfait)	446 €
• Cour ou juridiction d'Appel	1 817 €
• Recours devant le premier Président de la Cour d'Appel	558 €
• Cour de Cassation, Conseil d'Etat, Cour d'Assises	2 096 €
• Juridictions de l'Union Européenne	
• Juridictions Etrangères (U.E. – Andorre et Monaco)	1 116 €
• Juge de l'exécution, Juge de l'exequatur	670 €

Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par intervention ou juridiction. Ces montants comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation, etc....) et constituent la limite de prise en charge

même en cas de pluralité ou de changement d'avocats. Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée.

PLAFONDS, FRANCHISE et SEUIL D'INTERVENTION TTC	
• Plafond maximum de prise en charge TTC par litige : Dont plafond pour : - Démarches amiables - Expertise Judiciaire	22 313 € 558 € 5 419 €
• Plafond maximum de prise en charge par litige pour les pays autres que l'Union Européenne et les Principautés d'Andorre et de Monaco :	2 789 €
• Seuil d'intervention :	0 €
• Franchise :	0 €

L'ASSUREUR N'INTERVIENT JAMAIS POUR :

- ▶ Les litiges trouvant leur origine dans une catastrophe naturelle ayant fait l'objet d'un arrêté ministériel ou préfectoral, une guerre civile ou étrangère, une émeute, un mouvement populaire, une manifestation, une rixe, un attentat, un acte de vandalisme, de sabotage ou de terrorisme.
- ▶ Les litiges en rapport avec une violation intentionnelle des obligations légales ou incontestables, une faute, un acte frauduleux ou dolosif que Vous avez commis volontairement contre les biens et les personnes en pleine conscience de leurs conséquences dommageables et nuisibles.
- ▶ Les litiges relevant d'une garantie due par une assurance dommages ou responsabilité civile et ceux relevant du défaut de souscription par Vous d'une assurance obligatoire.
- ▶ Les litiges dont les manifestations initiales sont antérieures et connues de Vous à la prise d'effet de l'adhésion ou qui présentent une probabilité de survenance à l'adhésion.
- ▶ Les litiges survenant lorsque vous êtes en état d'ivresse publique et manifeste, lorsque votre taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays ou a lieu le sinistre, lorsque vous êtes sous l'influence de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ou lorsque vous refusez de vous soumettre à un dépistage.
- ▶ Les litiges individuels et collectifs du travail ou relatifs à l'expression d'opinions politiques, religieuses, philosophiques ou syndicales.
- ▶ Les travaux soumis à l'assurance dommages-ouvrage, ainsi que les litiges relevant du droit de l'urbanisme.
- ▶ Les litiges Vous opposant au Souscripteur.

L'ASSUREUR NE PREND JAMAIS EN CHARGE :

- ▶ Les frais engagés sans son accord préalable.
- ▶ Les amendes, les cautions, les astreintes, les intérêts et pénalités de retard.
- ▶ Toute somme de toute nature à laquelle Vous pourriez être condamné à titre principal et personnel.
- ▶ Les frais et dépens exposés par la partie adverse et que Vous devez supporter par décision judiciaire.
- ▶ Les sommes au paiement desquelles Vous pourriez être éventuellement condamné au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L761-1 du Code de Justice Administrative, ainsi que de leurs équivalents devant les juridictions étrangères.
- ▶ Les sommes dont Vous êtes légalement redevable au titre de droits proportionnels.
- ▶ Les honoraires de résultat

APPLICATION DES GARANTIES

▶ Dans le temps :

Les garanties du contrat prennent effet dès l'adhésion, sous réserve du règlement de la prime, et sont applicables pendant toute la durée de l'adhésion, sauf pendant les périodes de suspension du contrat complémentaire santé porteur souscrit auprès du Souscripteur.

Les garanties sont dues sans délai de carence pour tout litige survenu et déclaré entre la prise d'effet des garanties et l'expiration de l'adhésion, à condition que Vous n'ayez pas connaissance de la situation conflictuelle avant l'adhésion.

L'adhésion suit le sort du contrat complémentaire santé, auquel elle est annexée.

L'adhésion au contrat prend fin en cas de résiliation, pour quelque cause que ce soit, du contrat complémentaire santé souscrit auprès du Souscripteur, ou en cas de résiliation du contrat de protection juridique, le Souscripteur s'engageant alors à informer les bénéficiaires de la fin des garanties.

▶ La prescription

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L 114-1 du Code des Assurances).

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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.

Quand l'action de l'assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un Tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce Tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L 114-2 du Code des Assurances). Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance du droit par le débiteur. Un nouveau délai de deux ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

► Dans l'espace

La garantie s'exerce conformément aux modalités prévues à l'article relatif aux engagements de l'Assureur dans tous les pays de l'Union Européenne ainsi qu'en Principauté d'Andorre et Principauté de Monaco (l'Assureur s'appuiera le cas échéant sur des correspondants habilités par la législation locale).

Dans les autres pays, l'intervention de l'Assureur se limite au remboursement sur justificatifs des frais et honoraires de procédure à hauteur du plafond de prise en charge spécifique prévu à l'article relatif aux montants contractuels de prise en charge pour les pays autres que l'Union Européenne et les Principautés d'Andorre et de Monaco.

LA PROTECTION DE VOS INTERETS

- **Le secret professionnel** : Les personnes qui ont à connaître des informations que Vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du contrat d'assurance de protection juridique sont tenues au secret professionnel.
- **L'obligation à désistement** : Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.
- **L'examen de vos réclamations** : Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel : une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation. Toute réclamation concernant le contrat, sa

distribution ou le traitement d'un litige ou différend, peut être formulée par priorité auprès de votre interlocuteur habituel, et si sa réponse ne Vous satisfait pas, auprès du Service Relation Clientèle de l'Assureur par courrier à CFDP Assurances - Service Relation Client - 1 place Francisque Regaud - 69002 LYON, par mail à relationclient@cfdp.fr.

A compter de la réception de la réclamation, l'Assureur s'engage à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

- **Le désaccord ou l'arbitrage** : En cas de désaccord entre Vous et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le président du tribunal de grande instance statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur. Toutefois, le président du tribunal de grande instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque Vous avez mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle qui Vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur Vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

- **Le conflit d'intérêts** : En cas de conflit d'intérêts entre Vous et l'Assureur ou de désaccord quant au règlement du litige, l'Assureur Vous informe du droit mentionné à l'article L127-3 (à savoir la liberté de choisir un avocat ou une autre personne qualifiée pour vous assister) et de la possibilité de recourir à la procédure mentionnée à l'article L127-4.
- **La Loi informatique et libertés** : En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il est précisé que les données à caractère personnel recueillies sont obligatoires pour conclure le contrat et, qu'à ce titre, elles feront l'objet d'un traitement dont le responsable est l'Assureur, ce qu'acceptent expressément les personnes sur lesquelles portent les données. Ces données pourront être utilisées par l'Assureur pour les besoins de la gestion des services souscrits en exécution du contrat. Elles pourront être également utilisées pour les actions commerciales de l'Assureur. Ces données pourront également être communiquées à des Tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Les bénéficiaires du contrat ont le droit d'obtenir communication de leurs données auprès de l'Assureur, d'en exiger, le cas échéant, la rectification, et de s'opposer à leur utilisation à des fins de prospection, notamment commerciale.

- ▶ **L'autorité de contrôle** : L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

LA SUBROGATION

Les indemnités qui pourraient Vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L761-1 du Code de Justice Administrative ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure Vous bénéficient par priorité pour les dépenses restées à votre charge, et subsidiairement à l'Assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

IV LES SERVICES A LA PERSONNE

BENEFICIAIRES

Dès lors qu'ils sont assurés au titre d'un contrat **SELECTION SANTE SENIOR** souscrit auprès de HENNER et que leur domicile est situé en France telle que définie précédemment, ont la qualité de Bénéficiaires des garanties d'assistance:

- ▶ L'Adhérent
- ▶ Son Conjoint,
- ▶ Ses Enfants

Validité territoriale

Les prestations de services à la personne sont fournies au domicile des Bénéficiaires.

Prise d'effet - durée

Les Bénéficiaires visés au paragraphe ci-dessus peuvent solliciter les services de DOMICAL et des organismes référencés dans son réseau pendant la durée de validité de leur contrat complémentaire santé.

DEFINITIONS

Pour l'application des présentes Conditions Générales, on entend par:

Domicile

Le lieu de résidence principale et habituelle des Bénéficiaires, situé en France, mentionné sur la demande d'adhésion au contrat **SELECTION SANTE SENIOR**.

France

France Métropolitaine (Corse incluse), Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion et Mayotte ainsi que la Principauté de Monaco.

Intervenant

La personne physique chargée par l'organisme agréé de fournir la prestation au profit du Bénéficiaire.

Mode mandataire

Mode par lequel l'organisme missionné par DOMICAL propose au Bénéficiaire le recrutement de travailleurs. Le Bénéficiaire conserve, comme dans la modalité d'emploi direct, une responsabilité pleine et entière d'employeur.

La personne mandataire peut toutefois accomplir, pour le compte du Bénéficiaire employeur, la sélection et la présentation des candidats, les formalités administratives et les déclarations sociales et fiscales liées à l'emploi de salariés. Le Bénéficiaire verse à l'organisme mandataire une contribution représentative des frais de gestion supportés par ce dernier.

Mode prestataire

Mode par lequel l'organisme missionné par DOMICAL est l'employeur de l'intervenant qui réalise la prestation au profit du Bénéficiaire: l'intervenant agit sous la responsabilité et sous l'autorité hiérarchique de cet organisme. A ce titre, l'organisme prestataire choisit le ou les salariés qui vont intervenir, élabore le planning des interventions, assure la continuité du service.

L'organisme prestataire fournit et facture une prestation au Bénéficiaire du service.

Mode emploi direct

L'emploi direct lie directement le salarié intervenant et le particulier Bénéficiaire du service.

Organisme

L'association ou l'entreprise de Services à la Personne, titulaire d'un agrément délivré par la Préfecture du département dans lequel elle exerce son activité. Le réseau de DOMICAL est exclusivement constitué d'organismes agréés.

Personnes dépendantes

Les personnes qui sont, momentanément ou durablement, atteintes de pathologies chroniques invalidantes ou présentant une affection les empêchant d'accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne.

Personne handicapée

Toute personne présentant un handicap au sens de l'article L114 du Code de l'action sociale et des familles. Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant.

CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS DE SERVICES A LA PERSONNE

Accès à la plateforme de DOMICAL

Les Bénéficiaires peuvent accéder à la plateforme de DOMICAL 7 jours sur 7J/7 et 24H/24 au numéro suivant: **01.70.36.06.73**.

Prestations de DOMICAL

Le Bénéficiaire peut, selon son besoin, solliciter DOMICAL pour la fourniture des prestations suivantes:

- ▶ Sur simple appel téléphonique, DOMICAL communique les coordonnées des organismes (association ou entreprise) agréés les plus proches du domicile du Bénéficiaire dispensant les services à la personne détaillés à la page « LES SERVICES A LA PERSONNE POUR TOUS »;
- ▶ Si le Bénéficiaire souhaite être conseillé, un correspondant spécialisé de DOMICAL accessible de lundi au samedi de 9h à 19h (hors jours fériés) identifie avec lui les services dont il a besoin, la nature des tâches à fournir et le planning souhaité (fréquence d'intervention et créneaux horaires). Une fois les besoins définis, DOMICAL s'engage à:
 - Interroger les organismes de son réseau susceptibles de fournir les prestations correspondantes au Bénéficiaire ;
 - Coordonner la mise en œuvre de la (ou des) prestation(s) de service sollicitée(s) dans les 48 heures ouvrées suivant l'appel du Bénéficiaire.
 - En dehors des jours et horaires précisés ci-dessus: la demande du Bénéficiaire est enregistrée par DOMICAL, un correspondant spécialisé se charge alors de rappeler le Bénéficiaire afin d'analyser ses besoins.

Dans ce cadre, DOMICAL met tout en œuvre pour assurer la prise en compte de la demande et, le cas échéant, la mise en œuvre de la (ou des) prestation(s) de service sollicitée(s) dans le respect des critères de qualité définis à l'article « ENGAGEMENTS QUALITE DE DOMICAL ».

Dans tous les cas, DOMICAL est tenue d'une obligation de moyens et sa responsabilité ne pourra pas être recherchée en cas d'indisponibilité des organismes et, d'une manière générale, des cas de force majeure rendant impossible l'exécution des prestations commandées. DOMICAL s'engage alors à informer le Bénéficiaire de cette indisponibilité et à proposer des solutions alternatives.

La responsabilité de DOMICAL ne peut être engagée en cas d'utilisation du service par le Bénéficiaire dans un cadre différent de celui défini.

Engagement qualité de DOMICAL

- ▶ Assurer 24H/24 et 7J/7 un accueil téléphonique personnalisé, une écoute attentive des besoins exprimés par le Bénéficiaire;
- ▶ Proposer des solutions individualisées, les plus adaptées aux besoins exprimés et garantir une qualité de service optimale;
- ▶ Recourir exclusivement à des prestataires agréés par l'Etat et référencés par DOMICAL;
- ▶ Garantir la fiabilité du réseau (exactitude des coordonnées, professionnalisme des intervenants, probité des prestataires...);
- ▶ Favoriser la modération tarifaire au profit des Bénéficiaires;
- ▶ Garantir les meilleurs délais de traitement des demandes ;

- ▶ Missionner exclusivement des prestataires respectueux de l'intégrité du domicile et de la confidentialité de la vie privée;
- ▶ Se positionner comme médiateur en cas de désaccord éventuel entre le prestataire et le Bénéficiaire;
- ▶ Garantir l'éligibilité des prestations fournies aux avantages fiscaux*;
- ▶ Mesurer la satisfaction du Bénéficiaire et mettre en place un contrôle Qualité.

* Dans la limite de la législation fiscale en vigueur.

ENGAGEMENTS FINANCIERS

La commande

La commande est effective dès lors que le Bénéficiaire accepte le contenu de la prestation (délai, fréquence, horaires d'intervention, prix des prestations) proposé par l'organisme choisi.

Si le Bénéficiaire le demande ou si le prix mensuel de la prestation est égal ou supérieur à 100€ TTC, l'organisme établit un devis gratuit qui mentionne les prestations, services, tâches qui seront réalisées et feront l'objet d'une facturation ultérieure.

Le paiement des prestations

Quelle que soit la prestation mise en œuvre, le paiement est à la charge du Bénéficiaire. Les prix des prestations de services sont fixés librement dans le cadre d'un contrat conclu entre l'organisme et le Bénéficiaire.

Les prix des contrats déjà conclus varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé par un arrêté annuel du Ministre de l'économie et des finances, compte tenu de l'évolution des salaires et du coût des services (conformément à l'article L347-1 du Code de l'action sociale et des familles).

Les prestations sont effectuées par des organismes agréés assujettis à la TVA au taux réduit de 5,5% (**article 279-i du Code général des impôts**). Ce taux réduit s'applique indépendamment des plafonds de dépenses mentionnés au paragraphe « ENGAGEMENTS FINANCIERS ».

L'organisme adresse une facture au Bénéficiaire (précisant le nom et l'adresse de l'organisme, la nature exacte des services fournis, le montant des sommes effectivement dues au titre de la prestation de service, le taux horaire toutes taxes comprises ou, le cas échéant, le prix forfaitaire de la prestation, la durée horaire de l'intervention, le montant toutes taxes comprises, le cas échéant, les frais de déplacement).

Le régime fiscal des dépenses effectives du Bénéficiaire liées aux prestations décrites à la page « les services à la personne pour tous »;

Les prestations fournies par les organismes sont éligibles à la réduction ou au crédit d'impôt sur le revenu prévu à l'article 199 sexdecies du Code Général des Impôts.

L'avantage fiscal est calculé sur la base des dépenses effectivement supportées par le Bénéficiaire au cours

d'une année civile, étant précisé que l'aide financière mentionnée à l'article L129-13 du Code du travail (exonérée en application du 37° de l'article 81 du Code Général des Impôts), n'est pas prise en compte pour le calcul des dépenses effectivement supportées.

S'agissant des Bénéficiaires domiciliés en Principauté de Monaco: les avantages fiscaux liés aux services à la personne sont accordés aux Français domiciliés à Monaco et assujettis en France à l'impôt sur le revenu dans les mêmes conditions que s'ils avaient leur domicile en France, sous réserve.

RECLAMATIONS

Toute réclamation éventuelle doit être formulée par écrit par le Bénéficiaire et adressée au Service Réclamations de DOMICAL 38 rue La Bruyère, 75009 PARIS.

LITIGES

Tout litige né à l'occasion de l'interprétation ou de l'exécution du Contrat sera régi par le Droit français et relèvera des tribunaux français compétents.

LES SERVICES A LA PERSONNE ACCESSIBLES VIA DOMICAL

CESU: Toutes les prestations décrites ci-dessous peuvent être fournies par le réseau d'organismes sélectionnés par DOMICAL et sont payables en chèques CESU, CESU pré-financés ou tout autre moyen de paiement. Toutefois, DOMICAL recommande au Bénéficiaire de vérifier, avant toute commande de services, que les CESU pré-financés qu'il détient peuvent régler l'ensemble des services sans restriction.

Service à la personne pour tous

- ▶ Femme de ménage, aide ménagère;
- ▶ Collecte et livraison à domicile de linge repassé;
- ▶ Livraison de repas à domicile;
- ▶ Préparation de repas à domicile;
- ▶ **Assistance informatique et internet:** initiation et formation ⁽¹⁾;
- ▶ Livraison de courses à domicile;
- ▶ Petits travaux de jardinage y compris les travaux de débroussaillage ⁽²⁾;
- ▶ Petit bricolage ⁽³⁾;
- ▶ Cours à domicile;
- ▶ Assistance administrative;
- ▶ Surveillance temporaire au domicile, de la résidence principale et secondaire.

(1) **Assistance informatique et Internet:** le montant de l'assistance informatique et Internet à domicile pouvant bénéficier de la réduction ou du crédit d'impôts sur le revenu est plafonnée à 1000€ par an et par foyer fiscal.

(2) **Petits travaux de jardinage y compris travaux de débroussaillage:** le montant des interventions pouvant bénéficier de la réduction ou du crédit d'impôts sur le revenu est plafonnée à 3000€ par an et par foyer fiscal.

(3) **Petit bricolage:** le montant des prestations pouvant bénéficier de la réduction ou du crédit d'impôts sur le revenu est plafonnée à 500€ par an et par foyer fiscal.

Service à la personne pour les enfants

- ▶ Garde d'enfant à domicile
- ▶ Soutien scolaire à un enfant
- ▶ Accompagnement des enfants dans leurs déplacements en dehors de leur domicile

Services à la personne pour les personnes âgées, dépendantes ou handicapées

- ▶ Accompagnement et assistance,
- ▶ Assistance aux personnes handicapées,
- ▶ Garde malade,
- ▶ Aide à la mobilité et transports de personnes ayant des difficultés de déplacement,
- ▶ Conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives,
- ▶ Accompagnement des personnes âgées ou handicapées dans leurs déplacements en dehors de leur domicile,
- ▶ Soins et promenades des animaux de compagnie pour les personnes dépendantes,
- ▶ Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes.

STATUTS DE LA GARANTIE MEDICALE ET CHIRURGICALE (GMC)



LA GARANTIE MEDICALE ET CHIRURGICALE

STATUTS

ARTICLE 1 – OBJET

LA GARANTIE MEDICALE ET CHIRURGICALE a pour objet :

- de promouvoir et de mettre à la disposition de ses adhérents tous moyens de nature à améliorer la protection sociale des salariés et non salariés par la recherche de l'obtention d'économies d'échelle, de facilités et d'avantages de toute nature dont elle puisse les faire bénéficier de façon pratique et immédiate.
- de favoriser et encourager l'étude des problèmes qui touchent la protection sociale et la prévention : dans ces domaines, développer la circulation de toutes informations et coordonner ou participer à toutes actions.

ARTICLE 2 – DUREE

La durée de l'Association est illimitée.

ARTICLE 3 – SIEGE

L'Association a son siège à PARIS 9ème, 10, rue Henner.

Il peut être transféré en tout autre lieu du même département, ou d'un département limitrophe par simple décision du Conseil d'Administration. Dans ce cas, le Conseil d'Administration est autorisé à modifier l'article des statuts correspondant.

ARTICLE 4 - MOYENS D'ACTION

Les moyens d'action de l'association consistent, notamment, en :

- la recherche et la réunion de tous renseignements professionnels, corporatifs ou autres, pouvant intéresser ses membres, et leur diffusion, soit par circulaires, bulletins ou revues périodiques ou sous toute autre forme,
- la conclusion de tout contrat ou convention permettant à ses membres de bénéficier d'avantages et de conditions qu'ils ne pourraient obtenir individuellement,
- l'étude et la réalisation de tout projet devant avoir pour résultat l'amélioration de la protection sociale des salariés et non-salariés,
- les actions en matière de prévention,
- l'étude et la réalisation de tous projets, réunions d'études, conférences, concours, expositions et tous autres moyens pouvant permettre à l'Association d'atteindre ses buts,
- l'attribution de prix, bourses ou récompenses ainsi que tous autres procédés de diffusion.

Ces moyens d'action seront mis en œuvre soit de façon autonome, soit en partenariat avec d'autres organismes ayant la même finalité.

ARTICLE 5 – MEMBRES

L'Association se compose de membres adhérents, de membres participants et de membres d'honneur.

Sont membres adhérents tous groupes de quelque forme juridique, de quelque nature et de quelque nationalité qu'ils soient, agissant soit pour leur propre compte soit pour celui de leurs membres, ayant manifesté leur intention de faire partie de l'Association par la signature d'un bulletin d'adhésion.

Sont considérés comme "groupe" au sens des présents statuts : les employeurs (personnes physiques ou personnes morales, de droit privé ou de droit public), les comités d'entreprise, les syndicats, les collectivités territoriales, les associations, etc.

Sont membres participants toutes personnes physiques de quelque nationalité qu'elles soient, salariées ou non, ayant adhéré directement, à titre individuel.

Le Conseil d'Administration a la possibilité de refuser, le cas échéant, toute adhésion nouvelle, sans avoir à justifier de sa décision.

Peut être désignée par le Conseil d'Administration comme membre d'honneur, toute personne physique ou morale ayant rendu ou appelée à rendre des services significatifs à l'Association.

ARTICLE 6 – COTISATIONS

Les membres adhérents et participants de l'Association versent une cotisation dont le montant est fixé chaque année par le Conseil d'Administration qui en définit les modalités de recouvrement.

ARTICLE 7 - DEMISSION – RADIATION

La qualité de membre de l'Association se perd :

- par la démission,
- par la radiation de plein droit, consécutive au non-paiement de la cotisation statutaire et/ou des cotisations aux régimes de protection sociale auxquels le dit membre est affilié,

- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour motifs graves, le membre intéressé ayant été préalablement appelé à fournir ses explications.

ARTICLE 8 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Association est administrée par un Conseil composé de trois à douze Administrateurs, personne morale ou personne physique, élus par l'Assemblée Générale pour une durée de six exercices dans les conditions précisées à l'article 15 ci-dessous et désignés parmi les membres de l'Association.

Les Administrateurs personne morale désignent un représentant permanent personne physique.

Le Conseil d'Administration a la faculté de coopter, à tout moment, un nouvel Administrateur, pour une durée de six exercices, sous réserve de ratification par la plus prochaine Assemblée Générale.

Si la cooptation sus visée intervient en cas de vacance, le mandat de l'Administrateur coopté prend fin à l'époque où aurait dû normalement expirer le mandat de l'Administrateur remplacé.

Les Administrateurs sortants sont rééligibles.

ARTICLE 9 – BUREAU

Le Conseil nomme parmi les Administrateurs (ou leur représentant personne physique) :

- 1 Président,
- 1 Vice-Président,
- 1 Trésorier,
- 1 Secrétaire,

lesquels sont rééligibles.

Le Conseil peut, le cas échéant, nommer un Vice-Président adjoint, un Trésorier adjoint et un Secrétaire adjoint.

Une même personne physique peut cumuler deux fonctions au sein du Bureau.

Le Bureau est élu pour un an, lors du Conseil qui suit l'Assemblée Générale appelée à statuer sur les comptes annuels. Pendant le cours de cette année, les postes de membres du Bureau ne pourront changer de titulaires que par décision du Conseil prise à la majorité absolue des membres le composant.

Les fonctions de membres du Conseil d'Administration et de membres du Bureau sont gratuites, cette gratuité s'entendant comme excluant tout avantage direct ou indirect découlant de ces fonctions.

ARTICLE 10 - REUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil se réunit sur la convocation de son Président ou, le cas échéant, à la demande de la moitié des membres, aussi souvent que l'exige l'intérêt de l'Association et au moins une fois par an.

Chaque Administrateur peut se faire représenter par un autre Administrateur muni des pouvoirs nécessaires, le nombre de pouvoirs pouvant être détenus par une même personne étant illimité.

Le Conseil d'Administration ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins des Administrateurs est présente ou représentée.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents ou représentés.

Les délibérations sont constatées par des procès-verbaux signés du Président et du Secrétaire ou de leurs délégués.

En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

ARTICLE 11 - POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour faire ou autoriser tous actes et opérations permis à l'Association et qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale. Il statue, notamment, sur l'admission ou l'exclusion des membres de l'Association.

Le Conseil d'Administration établit, s'il y a lieu, le règlement intérieur de l'Association et est habilité à y apporter toute modification qu'il jugera utile.

ARTICLE 12 - POUVOIRS DU BUREAU

Le Président est l'organe exécutif du Conseil. Il a la direction de l'Association. Il pourvoit à l'organisation des services, il signe la correspondance et exécute les délibérations du Conseil.

Il fait tous les actes conservatoires et représente l'Association vis-à-vis des tiers et des Pouvoirs Publics ainsi qu'en justice, tant en demandant qu'en défendant. Dans l'intervalle des séances du Conseil, il exerce les pouvoirs du Conseil à charge de lui rendre compte de ses décisions dès que possible.

Le Président peut déléguer, sous sa responsabilité, certains de ses pouvoirs de gestion à un autre administrateur, à un membre du personnel de l'Association, ou, le cas échéant, à toute personne extérieure à l'Association dès lors qu'elle présente les qualifications spécifiques requises pour la délégation concernée.

Le Vice-Président seconde le Président et le remplace en cas d'empêchement.

Le Trésorier assiste le Président dans le cadre de la gestion financière de l'Association.

Le Secrétaire assiste le Président dans le cadre de la convocation, de la préparation et de la tenue des réunions du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale. A cet effet, il est habilité à signer les documents se rapportant à sa mission.

ARTICLE 13 - COMMISSAIRES AUX COMPTES

L'Assemblée Générale élit pour une durée de 6 ans un Commissaire aux Comptes titulaire et un Commissaire aux Comptes suppléant, lesquels sont rééligibles.

ARTICLE 14 - ASSEMBLEES GENERALES

L'Assemblée Générale se compose des membres adhérents de l'Association. Les personnes morales y sont représentées par une personne physique faisant partie de leur administration ou de leur personnel, spécialement désignée à cet effet. Les membres adhérents empêchés d'y assister ne peuvent donner pouvoir qu'à un autre membre adhérent.

Les membres participants et les membres d'honneur y sont conviés avec voix consultative.

Les Assemblées Générales peuvent être convoquées à titre Ordinaire ou à titre Extraordinaire.

Elles se réunissent sur convocation du Conseil d'Administration au jour, heure et lieu indiqués dans l'avis de convocation.

Elles peuvent également être convoquées à la demande du cinquième au moins des membres adhérents.

Les convocations sont faites quinze jours au moins à l'avance, par publication dans un journal d'annonces légales du département du siège.

L'ordre du jour est arrêté par le Conseil d'Administration.

L'Assemblée est présidée par le Président ou le Vice-Président, à défaut par le Secrétaire du Conseil d'Administration. Les fonctions de Secrétaire de séance peuvent être remplies par un autre Administrateur ou par un collaborateur de l'association désigné par le Président de l'Assemblée.

Chaque membre adhérent dispose d'une voix.

Les délibérations de toute Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et le Secrétaire de séance.

Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par son délégué.

ARTICLE 15 - ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE

L'Assemblée Générale statue sur les comptes de l'exercice clos le 31 décembre de chaque année et l'affectation du résultat, procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration, pourvoit à leur renouvellement, se prononce sur la ratification des cooptations effectuées par le Conseil d'Administration, élit les Commissaires aux Comptes (titulaire et suppléant), et, d'une manière générale, délibère sur toutes autres propositions portées à l'ordre du jour qui touchent au développement de l'Association et à la gestion de ses intérêts.

Elle délibère valablement, quel que soit le nombre de membres adhérents présents ou représentés.

Les délibérations sont prises à la majorité des voix des membres adhérents présents ou représentés.

ARTICLE 16 - ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE

L'Assemblée Générale Extraordinaire peut apporter aux statuts toutes modifications reconnues utiles, sans exception ni réserve. Elle peut décider, notamment, la dissolution de l'Association ou sa fusion ou son union avec d'autres associations poursuivant un but analogue. Mais, dans tous les cas, elle doit être composée du tiers au moins des membres adhérents, présents ou représentés et ses délibérations doivent être prises à la majorité simple des voix des membres adhérents présents ou représentés.

Lorsqu'une Assemblée Générale Extraordinaire n'a pu délibérer, faute du quorum requis, une seconde Assemblée est réunie, avec le même ordre du jour, à quinze jours au moins d'intervalle. Cette seconde Assemblée peut délibérer quel que soit le nombre de membres adhérents présents ou représentés, à la majorité simple des voix des membres adhérents présents ou représentés.

Les deux Assemblées feront l'objet d'un avis de convocation unique, publié dans les conditions prévues à l'article 14 quinze jours au moins avant la date de la première Assemblée.

Pour le calcul du quorum, le nombre des adhérents se décompte au 1er Janvier.

ARTICLE 17 - RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

Les ressources annuelles de l'Association se composent :

- des cotisations de ses membres,
- des subventions qui pourront lui être accordées,

- des intérêts et revenus des biens et valeurs qu'elle possède,
- de toutes autres ressources autorisées par la loi.

ARTICLE 18 - DISSOLUTION - LIQUIDATION

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale délibérant ainsi qu'il est dit sous l'article 16, désigne un ou plusieurs liquidateurs chargés de la liquidation des biens de l'Association. Cette Assemblée détermine souverainement l'emploi qui sera fait de l'actif net, après le paiement des charges de l'Association et des frais de sa liquidation, dans les conditions prévues par la loi.

Statuts déposés à Paris, le 3 Novembre 1947
Dernière Edition : 31 Mars 2005

Pour plus d'informations, demandez conseil à votre courtier.

VOTRE CONTACT

Les conversations téléphoniques avec nos services de gestion peuvent être enregistrées aux fins d'amélioration de la qualité de nos services.

Ces enregistrements ne sont pas destinés à être conservés au-delà d'une journée.

Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de HENNER. Le droit d'accès et de rectification peut être exécuté au 10, rue HENNER, 75009 Paris (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978).



HENNER, SAS de courtage et de gestion d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS Paris B 323377739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739 - Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (consultable sur www.orias.fr) - Relevant du contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - Entreprise certifiée ISO 9001 par le Bureau Veritas Certification - Certificat n° FR019321-1 - Siège social : 10 rue Henner-75459 Paris Cedex 09- France - www.henner.com

L'Équité : "L'assureur des garanties frais de santé est L'Équité, Société Anonyme au capital de 18 469 320 euros - Entreprise régie par le Code des assurances - B 572 084 697 RCS Paris - Siège Social : 7 boulevard Haussmann - 75442 Paris Cedex 09- Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026".