



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

COCOON ASSURANCE SANTÉ

Résumé des dispositions essentielles du contrat

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

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

Cocoon Assurance Santé s'adresse aux personnes physiques qui, à la date d'adhésion, sont âgées de 18 ans au minimum et de 79 ans au maximum, sont assujetties à un régime d'assurance maladie obligatoire en vigueur en France métropolitaine, résident en France Métropolitaine, sont résidents fiscaux français, justifient d'une domiciliation bancaire en France Métropolitaine et souhaitent bénéficier d'un contrat de frais de santé.

■ Le contrat d'assurance Cocoon Assurance Santé

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

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

L'adhésion prend effet à compter de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Vous adhérez au contrat pour une durée d'un (1) an courant à compter de la date de prise d'effet de votre adhésion. Votre adhésion se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction à sa date d'échéance, sous réserves du paiement des cotisations et du respect des conditions d'adhésion.

Résiliation, cessation de l'adhésion

L'Adhérent a la faculté de résilier son adhésion à chaque date d'échéance annuelle moyennant le respect d'un délai de préavis de deux (2) mois, selon les modalités prévues à l'article 3.6.2 de la Notice d'information.

En cours de vie du contrat, l'Adhérent peut procéder à la résiliation de son contrat à tout moment après douze (12) mois d'adhésion.

L'assurance prend également fin à l'égard de tous les bénéficiaires indiqués sur le certificat d'adhésion en cas de non-paiement de la cotisation (se reporter à l'article 4.5 de la

Notice d'information « Non paiement de la cotisation »), et à l'échéance annuelle de l'adhésion, sauf disposition contraire indiquée dans le certificat d'adhésion, en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat.

■ Cotisation

Le montant de la cotisation et sa périodicité de paiement figurent sur le certificat d'adhésion. Les modalités qui s'y rapportent sont indiquées à l'article 4.4 de la Notice d'information « Paiement de la cotisation ».

■ Faculté de renonciation

Il résulte des dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances que : « *Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir : a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ; b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L 222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).* »

À titre contractuel, vous avez la possibilité de renoncer au contrat Cocoon Assurance Santé que vous avez souscrit, dans un délai de 30 jours à compter de la réception du Certificat d'adhésion.

Pour exercer votre faculté de renonciation, vous devez nous adresser votre notification, selon les modalités prévues à l'article 3.6.2 de la Notice d'information, dans le délai de 30 jours ci-dessus indiqué, selon le modèle suivant : « *Je soussigné(e) [nom, prénom] demeurant [adresse de l'adhérent] déclare renoncer à l'adhésion n° [numéro d'adhésion figurant sur le certificat d'adhésion] à laquelle j'avais souscrit le [date de la souscription] par l'intermédiaire de Cocoon Assurance. [Date] [Signature de l'adhérent]* ».

En pareil cas, le contrat sera résilié à compter de la date de réception, par Cocoon Assurance, de la correspondance RAR. Cocoon Assurance procédera au remboursement des cotisations perçues par elle dans un délai de 30 jours à compter de la date de résiliation du contrat, déduction faite de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, calculée au prorata temporis jusqu'à la date de résiliation.

Cocoon Assurance vous informe que, conformément à la loi, l'intégralité des cotisations resteront dues si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

De même, dès que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, vous ne pouvez plus exercer votre droit de renonciation.

■ Information concernant l'Assureur

Prévoir-Vie Groupe Prévoir, entreprise d'assurance mixte (dont le siège social est situé 19 rue d'Aumale - CS40019 - 75306 Paris Cedex 09), garantit le risque frais médicaux (branches 1 et 2 de l'article R. 321-1 du Code des assurances).

■ Information concernant l'Assistant

La société FRAGONARD ASSURANCES (siège social - 2 Rue Fragonard, 75807 Paris cedex 17) accorde la garantie Prévoir

assistance (branche 18 de l'article R. 321-1 du Code des assurances).

■ Information concernant l'Intermédiaire

Coverlife au travers de sa marque Cocoon Assurance
Coverlife SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12,
rue de Kerogan - 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468
026 - N° Orias : 14 002 768 - www. orias.fr - Agissant sous
le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de
Résolution), 4 Place de Budapest, 75436 Paris cedex 09.

■ En cas de réclamation

Si votre réclamation concerne les prestations santé, vous pouvez vous adresser à Génération : sur le site internet **www.generation.fr** ou par courrier à **Génération - Traitement des réclamations - 12 bis rue de Kerogan - 29080 Quimper Cedex 09.**

Si votre réclamation concerne la vie du contrat, vous pouvez vous adresser à **Cocoon Assurance - 4 Rue Bertaux Dumas - CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE Cedex**

Si votre réclamation concerne l'Assisteur ou les prestations d'assistance vous pouvez vous adresser à **FRAGONARD ASSURANCES - 2 Rue Fragonard, 75807 PARIS Cedex 17.**

Pour un complément d'information, se référer à l'article 7.4 de la Notice d'information.

COCOON ASSURANCE SANTÉ

Notice d'information réf. CVLSID

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

Cette Notice d'information est destinée aux Adhérents relevant du Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de Frais de soins de santé n° CVLSID souscrit par l'Association AGORA (Association pour la Gestion, l'Organisation et la Recherche de régimes d'Assurances), ci-après dénommé le « Souscripteur » auprès de Prévoir Vie - Groupe Prévoir. Elle en présente les Conditions Générales et Particulières.

SOMMAIRE

1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	1
1.1 Objet de la convention	1
1.2 Dispositions propres aux relations entre l'association et l'assureur	2
1.3 Conditions et modalités d'adhésion.....	2
2. GARANTIES	3
2.1 Dispositions générales.....	3
2.2 Contenu des garanties	4
2.3 Tableau des garanties	5
2.4 Limitation de garanties.....	11
2.5 Étendue des garanties	11
2.6 Que faut-il faire pour obtenir vos remboursements ?.....	11
3. FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION	11
3.1 Date d'effet de l'adhésion.....	11
3.2 Durée de l'adhésion	11
3.3 Terme de l'adhésion suivant l'exclusion de l'adhérent par l'Association	11
3.4 Modifications au cours de l'adhésion.....	12
3.5 Suspension de l'adhésion	12
3.6 Résiliation de l'adhésion	12
4. COTISATION	13
4.1 Montant de la cotisation	13
4.2 Évolution tarifaire.....	13
4.3 Paiement de la cotisation	14
4.4 Non-paiement de la cotisation	14
5 RÉTICENCE, FAUSSE DÉCLARATION, OMISSION OU DÉCLARATION INEXACTE	14
6 CONTRÔLE MÉDICAL - EXPERTISE AMIABLE	14
7 DISPOSITIONS DIVERSES	14
7.1 Faculté de renonciation	14
7.2 Prescription.....	14
7.3 Traitement et protection des données personnelles.....	15
7.4 Réclamation/médiation	16
7.5 Information de l'Adhérent.....	17
7.6 Loi applicable et tribunaux compétents.....	17
7.7 Autorité de contrôle	17
8. LEXIQUE	17

■ 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les termes commençant par une majuscule correspondent à la définition qui leur est donnée à l'Article 8 « Lexique » de la présente Notice d'information.

1.1 OBJET DE LA CONVENTION

La Complémentaire Santé (ci-après le « Contrat ») est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative souscrit par l'Association AGORA, ci-après l'« Association », au profit de ses membres auprès de PRÉVOIR VIE - GROUPE PRÉVOIR, société anonyme au capital de 81 000 000 € immatriculé au RCS sous le numéro 343 286 183, entreprise régie par le Code des assurances.

La distribution et la gestion de votre adhésion sont effectuées

par Coverlife au travers de sa marque Cocoon Assurance. La gestion de vos prestations est quant à elle réalisée par Génération.

Les garanties et services d'assistance sont assurés et gérés par FRAGONARD ASSISTANCE. Les prestations d'assistance accordées aux bénéficiaires sont présentées dans la Convention d'assistance annexée à la présente Notice d'information.

Le Contrat est réservé aux membres de l'Association et est soumis au Code des assurances.

Le Contrat a pour objet d'accorder à l'Assuré le remboursement d'une partie ou de la totalité de ses dépenses de soins ou d'hospitalisation en complément des remboursements effectués par le Régime obligatoire français d'assurance maladie, conformément et dans les limites des garanties stipulées à l'article 2 de la présente Notice d'information, et en fonction

des garanties effectivement souscrites par l'Adhérent lors de son adhésion au Contrat.

Le Contrat propose différents niveaux de garanties (3 formules) tels qu'indiqués au tableau figurant à l'article 2.3 de la présente Notice d'information.

Les prestations versées par dépendent du niveau de garanties choisi par l'Adhérent lors de l'adhésion au Contrat et précisé au Certificat d'adhésion.

Seuls les dépenses et frais de santé correspondant à une hospitalisation ou à des soins reçus postérieurement à la Date d'effet du Contrat, quelle que soit la date d'apparition de la maladie, sont couverts au titre du Contrat.

1.2 DISPOSITIONS PROPRES AUX RELATIONS ENTRE L'ASSOCIATION ET L'ASSUREUR

Le Contrat a pris effet entre l'Assureur et l'Association le 15 juillet 2019 pour une durée initiale s'achevant le 31 décembre 2019. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'Assureur et/ou l'Association notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, trois mois au moins avant la date de renouvellement.

L'Association ne participe en aucun cas à la gestion du Contrat. Elle s'informe régulièrement pour le compte des Adhérents de son bon fonctionnement. Les droits et obligations des Adhérents peuvent être modifiés par des avenants au Contrat.

Une modification du Contrat peut être demandée indifféremment par l'Association ou par l'Assureur.

Les Adhérents sont informés par écrit du contenu des modifications et, le cas échéant, de la dénonciation du Contrat trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

La dénonciation du Contrat est sans effet sur les adhésions en cours ainsi que sur les droits aux prestations acquis avant la prise d'effet de la dénonciation.

D'un commun accord entre l'Assureur et l'Association, il est convenu que cette dernière donne mandat au Gestionnaire pour accomplir l'ensemble des formalités de gestion.

L'Assureur et l'Association peuvent convenir de changer le Gestionnaire.

Les statuts de l'Association ainsi que la liste des membres de son conseil d'administration sont disponibles sur simple demande adressée au Gestionnaire ou à l'Association ou sur le site internet www.association-agera.fr.

1.3 CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION

Ce contrat n'est pas éligible à la Complémentaire Santé Solidaire.

1.3.1 Conditions d'adhésion au Contrat

L'adhésion au Contrat est réservée aux membres de l'Association qui remplissent les conditions suivantes :

- Résider en France Métropolitaine, avoir une domiciliation bancaire en France Métropolitaine et être résident fiscal français
- Être âgés de 18 à 79 ans inclus au moment de l'adhésion,
- Relever d'un Régime obligatoire d'assurance maladie français.

Sont également assurés au titre du Contrat, le Conjoint de

l'Adhérent et/ou les Enfants qui relèvent ou bénéficient d'un régime d'assurance maladie obligatoire français. La formule choisie est identique pour tous les Assurés. L'acceptation par l'Assureur des garanties souscrites par l'Adhérent est matérialisée par l'émission du Certificat d'adhésion.

1.3.2 Modalités d'adhésion au Contrat

Quel que soit le mode d'adhésion au Contrat, l'Adhérent doit **remplir, dater et signer** une demande d'adhésion comportant :

- La formule choisie,
- Des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer.

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

L'ensemble des réponses aux questions de la demande d'adhésion est obligatoire. Le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen du dossier.

L'acceptation de l'adhésion est conditionnée par la fourniture des informations et les réponses aux différentes questions.

L'Adhérent s'engage à déclarer à l'Assureur toute modification relative à la situation des Assurés entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'émission du Certificat d'adhésion.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'Adhérent s'expose à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

L'adhésion au Contrat s'effectue selon l'une des modalités proposées et mises à disposition par le Gestionnaire.

1.3.2.1 Adhésion par écrit sur support papier

La demande d'adhésion complétée et signée doit être adressée au Gestionnaire, accompagnée des pièces demandées et nécessaires à l'acceptation de l'adhésion. Par la signature de la demande d'adhésion, l'Adhérent s'engage sur l'exactitude de l'ensemble de ses déclarations, manifeste son accord sur les termes, conditions et caractéristiques de son adhésion au Contrat et reconnaît avoir pris connaissance au préalable et accepté la Notice d'information.

Après acceptation de l'Assureur, l'Adhérent reçoit par voie postale ou par voie électronique son dossier d'adhésion comportant le Certificat d'adhésion.

1.3.2.2 Adhésion par internet

L'Adhérent peut adhérer au Contrat par internet sur le site www.cocoon.fr mis en ligne par le Gestionnaire.

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

L'ensemble des renseignements fournis en réponse au questionnaire donne lieu à l'établissement d'une demande d'adhésion.

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

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

Dès validation de l'adhésion, le certificat d'adhésion qui

matérialise l'acceptation de l'assureur et comporte le numéro de l'adhésion est émis. Un e-mail de confirmation est adressé à l'Adhérent par Cocoon Assurance et pourra être consulté dans l'espace personnel.

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

Consultation et archivage des documents

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

Convention de preuve

Par dérogation à l'article 1359 du Code Civil, les parties conviennent que les données fournies par l'utilisateur de ce site Internet ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit. Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve devant la juridiction compétente en cas de litige entre les parties.

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

L'éditeur du site et l'hébergeur déclinent toute responsabilité en cas de dysfonctionnement pouvant résulter de l'utilisation de l'équipement personnel de l'utilisateur pour accéder aux différents services, de faits propres aux fournisseurs d'accès ou d'un cas de force majeure. Il appartient à l'Adhérent d'assurer la sécurité de son ordinateur. Lorsque l'Adhérent accède au site Internet, il lui appartient de :

- Vérifier soigneusement l'adresse affichée sur son navigateur Internet,
- Vérifier la dernière connexion,
- Se déconnecter après chaque utilisation et de ne jamais cliquer sur un lien contenu dans un e-mail non sollicité,
- Supprimer les e-mails douteux sans les ouvrir.

■ 2. GARANTIES

2.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Garanties « contrat solidaire » :

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

Garanties « contrat responsable » :

Les garanties des différentes formules du Contrat répondent au dispositif du contrat responsable prévu par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Ainsi elles :

- Prennent en charge la participation des Assurés dans les conditions définies à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale,
- Ne prennent pas en charge :
 - La majoration du Ticket Modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations,
 - Le dépassement d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins ou de refus d'accès au dossier

médical,

- La participation forfaitaire et les franchises prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la sécurité sociale dont les montants sont fixés par décret,

Ainsi les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « Contrats responsables et solidaires ».

L'Adhérent sera informé des éventuelles modifications apportées au Contrat liées à d'éventuelles évolutions législatives ou réglementaires durant son application, dans les conditions prévues à l'article 1.2..

Les frais et dépenses de soins remboursés au titre du Contrat sont ceux ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un régime obligatoire français sauf stipulation contraire mentionnées aux articles 2.2.1 à 2.2.9 pour les garanties concernées.

Pour chaque garantie, le montant des remboursements est fixé en fonction (i) du niveau de garanties indiquées au tableau figurant à l'article 2.3 que l'Adhérent a choisi lors de l'adhésion au Contrat et (ii) de la nature de ses frais et dépenses médicales.

Les garanties sont exprimées :

- En pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (Base de Remboursement) ou de toute autre participation fixée par la réglementation française du régime obligatoire en vigueur à la date des soins, **déduction faite du remboursement du régime obligatoire** dont relève l'Assuré ;
- Ou sous la forme d'un montant forfaitaire ; ce montant forfaitaire s'applique par jour ou par Année civile (du 1er janvier au 31 décembre), et par Assuré, et n'est pas cumulable d'une période à une autre. Certaines garanties sont exprimées par acte. Elles sont alors signalées en tant que telles dans le tableau de garanties figurant à l'article 2.3 de la Notice d'information.
- Ou de tout autre organisme d'assurance complémentaire santé auprès duquel l'Adhérent pourrait être assuré.

Les remboursements sont toujours effectués après remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des niveaux de garanties de la formule choisie et de ses éventuels plafonds.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et sont toujours payés en France et en euros.

2.2 CONTENU DES GARANTIES

L'objet, les caractéristiques et les conditions particulières d'application des garanties proposées dans le cadre du Contrat figurent aux articles 2.2.1 à 2.2.9 de la Notice d'information ci-après. Il convient pour chaque garantie mentionnée dans le tableau des garanties figurant à l'article 2.2 de la présente Notice d'information de se reporter à l'article consacré à la garantie pour en connaître l'objet, les caractéristiques et les conditions particulières d'application.

Les garanties dont bénéficie l'Adhérent dépendent du niveau de garanties de la formule choisie lors de l'adhésion au Contrat.

2.2.1 Hospitalisation en secteur conventionné

2.2.1.1 Séjours en médecine, chirurgie et maternité

Forfait journalier hospitalier

Cette garantie prend en charge le remboursement du forfait hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir

les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une Hospitalisation.

Le montant de ce forfait est réglementé et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Frais de séjour

En cas d'Hospitalisation, cette garantie prend en charge le remboursement des frais de séjour restant à la charge de l'Assuré après le remboursement de la Sécurité sociale, l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire.

La participation forfaitaire

La participation forfaitaire que le Régime obligatoire peut laisser à la charge de l'Assuré est prise en charge si l'Assuré bénéficie d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

Honoraires

Cette garantie prend en charge le remboursement des frais médicaux relatifs à une Hospitalisation, à une intervention chirurgicale ou en cas d'Hospitalisation à domicile.

Elle est exprimée en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et doit avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Le niveau de garanties varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM), prévu par la convention nationale médicale.

Chambre particulière

Cette garantie prend en charge les frais de chambre particulière pour les Hospitalisations en médecine, chirurgie et maternité.

Cette garantie est exprimée en euros par jour, dans la limite du montant exprimé par jour dans le tableau des garanties.

Sont exclus de cette garantie les frais de chambre particulière relatifs :

- **Aux séjours en établissements d'accueil spécialisés (MAS),**
- **Aux séjours en établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).**

Attention : la prise en charge de la chambre particulière est limitée à trente (30) jours par Année d'adhésion et par Assuré pour des Hospitalisations en secteur conventionné et non conventionné.

Frais d'accompagnant enfant de moins de 16 ans

Cette garantie prend en charge le remboursement des frais du lit d'accompagnant de l'Adhérent ou de son Conjoint assuré en cas d'Hospitalisation d'un Enfant assuré de moins de 16 ans.

Cette garantie est exprimée en euros par jour, dans la limite du montant exprimé par jour dans le tableau des garanties

Attention : la prise en charge des frais d'accompagnant est limitée à trente (30) jours par Année d'adhésion et par Assuré pour des Hospitalisations en secteur conventionné et non conventionné.

Transport du malade

Cette garantie prend en charge le transport du malade dès lors que ces frais sont également couverts par le Régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève l'Assuré.

2.2.1.2 Séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés et psychiatrie ou hospitalisation de jour

Cette garantie prend en charge les frais de séjours et Hospitalisations ci-après mentionnés, effectués au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par la Sécurité sociale:

- Les séjours en établissements ou services climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les frais de maisons de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- Les séjours pour motif psychiatrique.

À NOTER

L'unité de soins de suite a pour objectif de dispenser au patient des soins qui s'inscrivent dans la continuité d'une Hospitalisation médicale.

2.2.2 Hospitalisation en secteur non conventionné

Cette garantie prend en charge les Hospitalisations en médecine, chirurgie, Hospitalisation à domicile et maternité effectuées en secteur non conventionné.

Le forfait journalier hospitalier, les frais de séjour, les honoraires médicaux et chirurgicaux, la chambre particulière ainsi que les frais d'accompagnant sont définis au 2.2.1.

Le montant de prestations est limité à 90 % des frais réels.

2.2.3 Soins courants

2.2.3.1 Honoraires, Consultations, visites généralistes et spécialistes, actes de radiologie, actes techniques médicaux, actes de spécialistes, auxiliaires médicaux, analyses médicales et examens de laboratoire

Cette garantie prend en charge :

- Les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin (y compris les consultations de médecins stomatologistes) ou pour une visite effectuée par ce dernier au domicile de l'Assuré ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes),
- Les honoraires pratiqués pour une consultation de psychiatrie et de neuropsychiatrie,
- Les frais d'actes techniques médicaux,
- Les frais d'actes de radiologie, échographie et d'imagerie médicale,
- Les actes de spécialistes,
- Les analyses et examens de laboratoire,
- Les honoraires paramédicaux,

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et doit avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Le niveau de garanties varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

2.2.4 Dentaire

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les soins, prothèses et orthodontie remboursées par le Régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève l'Assuré
- Disposition spécifique aux soins et prothèses 100 % Santécorrespondant aux formules responsables : depuis le 1er janvier 2020, les frais de prothèses et soins dentaires exposés dans le cadre du panier des soins dits « 100 % Santé » sont pris en charge dans les conditions fixées par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 relatif aux contrats

responsables.

- Les frais d'orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire.

Les plafonds sont exprimés en euros, par Année civile et par Assuré ou en pourcentage de la Base de remboursement.

Les remboursements sont soumis à des plafonds annuels, indiqués dans le tableau de garanties figurant à l'article 2.3 de la Notice d'information.

2.2.5 Aides auditives

Prise en charge des dispositifs médicaux visant à compenser une perte d'audition (audioprothèse/appareil auditifs).

A compter du 01 janvier 2021 la prise en charge des équipements auditifs s'effectue selon les dispositions du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 relatif aux contrats responsables et solidaires :

Les équipements « 100% santé » (équipement de classe I) sont intégralement pris en charge après remboursement de la Sécurité sociale.

Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre de classe II) sont pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité Sociale et dans les limites fixées par le décret.

Les modalités et plafonds de prises en charge ainsi que les durées de renouvellement de ces équipements (100% santé ou offre libre) sont indiqués dans le tableau des garanties figurant à l'article 2.3 de la Notice d'information

2.2.6 Autres appareillage et prothèses

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Petit et gros appareillage, accessoires, pansements
- Prothèses mammaires et capillaires remboursés par le Régime obligatoire

L'appareillage correspond à l'ensemble des produits indiqués dans la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie à l'exception des garanties prévues à l'article 2.2.8 (Optique). La liste des produits et prestations est disponible sur le site www.ameli.fr.

2.2.7 Cures thermales

Sont prises en charge au titre de cette garantie les cures thermales qui font l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale. Les garanties sont exprimées en euros et en pourcentage de la Base de remboursement, par Année civile et par Assuré.

Les frais de transport et d'hébergement sont pris en charge suivant la formule choisie aux conditions décrites dans le tableau de garanties (cf.2.3).

2.2.8 Optique

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les frais d'équipement d'optique médicale remboursés par la Sécurité sociale.
- Les lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables).
- Les frais liés aux actes de chirurgie réfractive.
- Les équipements « 100% santé » (équipement de classe A) sont intégralement pris en charge après remboursement de la Sécurité sociale. La prise en charge inclue la prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle.
- Le matériel amblyopie

Conformément aux dispositions sur le « contrat responsable et solidaire » (décret n°2019-21 du 11 janvier 2019), la prise en charge des équipements varie selon la nature de l'équipement, le niveau de correction et la complexité des verres et fait

l'objet d'un plafonnement (cf. annexe Grilles optiques).

Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de deux années d'adhésion consécutives à compter de la date d'acquisition et par Assuré sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs de moins de 16 ans pour qui cette période est ramenée à 1 an.

Les modalités et plafonds de prise en charge ainsi que les durées de renouvellement des équipements (Classe A ou Classe B) sont indiqués dans le tableau des garanties figurant à l'article 2.3 de la Notice d'information.

Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de deux années d'adhésion consécutives à compter de la date d'acquisition et par Assuré sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs de moins de 16 ans pour qui cette période est ramenée à 1 an. Les plafonds s'entendent par Assuré.

Pour le forfait vision, le montant indiqué dans le tableau de garanties s'entendent par an et par bénéficiaire.

2.2.9 Médecine douce

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les frais d'ostéopathie, les actes de diététiciens, psychomotriciens, naturopathes, étioopathes, chiropracteurs, micro kinésithérapeutes, nutritionnistes, réflexologue, ergothérapeute, acupuncteur, pédicure-podologue, sophrologue, psychologue non pris en charge par la Sécurité sociale.
 - Les frais de pharmacie et de vaccins non remboursés par la Sécurité sociale mais médicalement prescrits par le praticien.
- Les montants indiqués dans le tableau de garanties s'entendent par Année civile, par Assuré et par acte, toutes spécialités confondues.

2.2.10 Pharmacie

Sont pris au titre de cette garantie :

- Les frais de médicaments remboursés par la Sécurité sociale
 - Les frais de pharmacie non remboursés par le Régime obligatoire, mais médicalement prescrits par le praticien.
- Les montants indiqués dans le tableau de garanties s'entendent par Année d'adhésion et par bénéficiaire..

2.3 TABLEAU DES GARANTIES

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par Assuré et par Année civile hors équipement optique. Une seule formule doit être souscrite par famille. Ces formules sont responsables: vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ». Les actes de prévention définis par l'Arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

L'Adhérent choisit sa base de garanties parmi les trois formules proposées : Essentiel, Essentiel +, Confort.

Le tableau de garanties figurant ci après détaille les remboursements applicables par poste de soins:

- À compter du 15 juillet 2019
- Et à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les garanties optique, dentaire et aide auditive

TABLEAU DES GARANTIES APPLICABLES AU 15/09/2019

Les niveaux de garanties exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale s'entendent et incluent les éventuels remboursements du Régime obligatoire

		Essentiel	Essentiel +	Confort
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier		FR	FR	FR
Honoraires	DPTAM (1)	125 % BR	150 % BR	200 % BR
	Hors DPTAM (1)	105 % BR	130 % BR	180 % BR
Frais de séjour (y compris maison de repos, de santé spécialisée prise en charge par le Régime obligatoire)		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière (limitation 30 jours/an)		30 €/jour	40 €/jour	55 € / jour
Frais d'accompagnant, enfant de moins de 16 ans (limitation 30 jours/an)		0 €	0 €	20 €/jour
Transport (pris en charge par le Régime obligatoire)		100 % BR	100 % BR	100 % BR
DENTAIRE				
Soins		100 % BR	125 % BR	200 % BR
Prothèse dentaires remboursées par le Régime obligatoire "100% Santé" à partir du 01/01/2020		FR	FR	FR
Autres prothèses dentaire remboursées par le Régime obligatoire à partir du 01/01/2020 (panier Libre et RAC Maitrisé)		125 % BR	150 % BR	200 % BR
Orthodontie remboursée par le Régime obligatoire		125 % BR	150 % BR	200 % BR
Plafond dentaire		1 000 € par an et par bénéficiaire	1 000 € par an et par bénéficiaire	1 500 € par an et par bénéficiaire
AIDE AUDITIVE				
Prothèses auditives - Jusqu'au 31/12/2020		100 % BR	125 % BR	150 % BR
Prothèses auditives de Classe 1- 100% Santé à partir du 01/01/2021		FR	FR	FR
Prothèses auditives de Classe 2 - Offre libre dans la limite de 1 700 €/oreille		100 % BR	125 % BR	150 % BR
Accessoires et frais d'entretiens		100 % BR	100 % BR	100 % BR
OPTIQUE				
Equipement (monture + 2 verres) Adulte: 1 équipement tous les 2 ans Enfant: 1 équipement par an		Dans la limite d'un équipement (1 monture +2 verres) par période : - De deux ans pour les assurés de 16 ans et cette limitation est réduite à un an en cas d'évolution de la vue (soit présentation d'une nouvelle prescription ophtalmique soit en cas d'adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors du renouvellement de délivrance) - D'un an pour les Assurés de - de 16 ans, cette limitation est supprimée en cas d'évolution de la vue (présentation d'une nouvelle prescription ophtalmologique) Pour les enfants jusqu'à 6 ans, un renouvellement est possible à l'issue d'une période de 6 mois uniquement en cas de monture inadaptée à la morphologie de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur (présentation d'une nouvelle prescription ophtalmologique)		
100 % Santé A partir du 01/01/2020 Equipement (Monture+ 2 verres) Adulte: 1 équipement tous les 2 ans Enfant: 1 équipement par an				
Equipement optique de classe A (Monture Max 30€)		Prise en charge intégrale dans la limite du Prix limite de vente		
Equipement optique de classe B (Monture Max 100€)				
Equipement optique verres simples (3)		100 €	130 €	200 €
Equipement optique verre simple et verre complexe		160 €	200 €	300 €
Equipement optique verres complexes (4)		200 €	275 €	350 €
Lentilles remboursées ou non		50 €	65 €	80 €
Forfait Vision		50 €	100 €	150 €

SOINS COURANTS				
Honoraires Médicaux				
Consultations et visites Généralistes	DPTAM (1)	100 % BR	125 % BR	150 % BR
	Hors DPTAM (1)	100 % BR	105 % BR	130 % BR
Consultations et visites Spécialistes	DPTAM (1)	125 % BR	125 % BR	150 % BR
	Hors DPTAM (1)	105 % BR	105 % BR	130 % BR
Radiologie	DPTAM (1)	100 % BR	125 % BR	150 % BR
	Hors DPTAM (1)	100 % BR	105 % BR	130 % BR
Forfait actes lourds		FR	FR	FR
Honoraires paramédicaux		100 % BR	125 % BR	150 % BR
Analyses et examens laboratoire		100 % BR	125 % BR	150 % BR
Médicaments		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée		0 €	30 €	50 €
Matériel médical : prothèses orthopédiques et autres prothèses		125 % BR	150 % BR	150 % BR
CONFORT ET PREVENTION				
Cure thermale: frais médicaux prise en charge par le Régime obligatoire		125 % BR	150 % BR	150 % BR
Frais de transport et d'hébergement (forfait annuel par bénéficiaire)		-	50 €	100 €
Actes de prévention remboursés par le Régime obligatoire		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Booster Santé : ostéopathe, réflexologue, naturopathe, chiropracteur, étio-pathe, ergothérapeute, psychomotricien, acupuncteur, diététicien, pédicure-podologue, nutritionniste, sophrologue, micro-kinésithérapeute, psychologue non pris en charge par la Sécurité sociale. (3 séances par an et par bénéficiaire)		0 €	0 €	50 € (par séance)
SERVICES				
Réseau de soins Santéclair		oui	oui	oui
Assistance		oui	oui	oui

BR : Base de remboursement Sécurité sociale -
FR : Frais réels

⁽¹⁾ **DPTAM** : Dispositif de Pratique tarifaire Maîtrisée (DPTAM) : Cette notion regroupe le Contrat d'Accès aux Soins (CAS), l'option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) et tout autre dispositif ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

⁽²⁾ **Verres simples**

- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries.
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

⁽³⁾ **Verres complexes**

- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries.
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie.
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries.
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries.
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont

la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00. dioptries.
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie.
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. > Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

⁽⁴⁾ **100 % Santé** : selon la liste définie par l'arrêté du 3 décembre 2018 sur la prise en charge de l'optique médicale.

Le contrat est responsable : les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ». Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur. Si vous êtes hors parcours de soins, ce contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliqués par la Sécurité sociale.

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

Les forfaits Optique et Aides Auditives s'entendent à la date d'acquisition et non en forfait par année civile comme définit ci-dessus.

2.4 LIMITATION DE GARANTIES

La prise en charge de la chambre particulière, des frais d'accompagnant et des frais de télévision est limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire.

2.5 ÉTENDUE DES GARANTIES

2.5.1 Étendue territoriale des garanties

Les garanties s'appliquent quel que soit le pays dans lequel les frais et dépenses de santé ont été exposés par l'Assuré, dans la mesure où ils ont fait l'objet d'un remboursement préalable par un Régime obligatoire français d'assurance maladie.

2.5.2 Exclusions

Sont exclus des garanties prévues au Contrat :

- **Les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques, en Maison d'Accueil Spéciale (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) et établissements similaires,**
- **Les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en Longs séjours,**
- **Les soins esthétiques, sauf ceux pris en charge par la Sécurité sociale, les cures de toutes natures effectuées à des fins esthétiques,**
- **Les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale »), la thalassothérapie,**
- **La participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux,**
- **La diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonnés.**

2.6 QUE FAUT-IL FAIRE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?

2.6.1 Documents à adresser

Si l'Assuré bénéficie de la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et le Gestionnaire, ses remboursements pourront s'effectuer automatiquement, à l'exception des frais d'optique, dentaire, et d'Hospitalisation pour lesquels un justificatif de paiement est requis.

Dans les autres cas, ou si l'Assuré n'utilise pas le système de télétransmission lors de ses dépenses de santé, il devra adresser au Gestionnaire dans les trois (3) mois qui suivent l'indemnisation par la Sécurité sociale :

- Les décomptes délivrés par le Régime obligatoire dont relève l'Assuré,
- Les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé,
- En cas d'Hospitalisation, le bulletin de situation et les notes d'honoraires.

Pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale et pour les postes dentaires, optique, Hospitalisation, appareillage, maternité, cure thermale, médecine douce, chirurgie réfractive des yeux, l'Assuré devra également produire l'original de la facture des frais engagés.

Le Gestionnaire se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire jugée nécessaire au règlement de la prestation.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir au Gestionnaire dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance des garanties.

2.6.2 Modalités de remboursement

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

2.6.3 Subrogation

L'Assureur est subrogé dans les droits et actions de l'Assuré contre tout responsable pour le remboursement des prestations prévues au Contrat. Cela signifie que si les frais de santé remboursés sont la conséquence d'un Accident causé par un tiers, l'Assureur pourra agir contre ce dernier pour récupérer les sommes qui ont été versées à l'Assuré.

■ 3. FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

3.1 DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

Pour chacune des personnes à assurer, l'adhésion prend effet, après acceptation de l'Assureur et sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion.

Le Certificat d'adhésion précise également la formule choisie.

3.2 DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an qui débute à la Date d'effet de l'adhésion et se termine au 1^{er} anniversaire de cette date d'effet. A l'issue de cette première Année d'adhésion, l'Adhérent a la possibilité d'y mettre fin en procédant à sa résiliation moyennant un préavis de deux (2) mois.

Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction à la date d'échéance sauf résiliation notifiée par l'une des parties moyennant le respect d'un délai de préavis de deux (2) mois.

Lorsqu'un Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable ou cesse de remplir les conditions pour être Assuré, toutes ses garanties prennent automatiquement fin à la date à laquelle il cesse de remplir les conditions pour être assuré au titre du Contrat.

Dès la Date d'effet de l'adhésion, l'Assureur s'engage à maintenir les garanties prévues au Contrat toute la vie durant de l'Assuré, sauf en cas de résiliation pour non-paiement de la cotisation, pour déclaration incomplète ou inexacte du risque à garantir à l'adhésion ou en cours d'adhésion, ou en cas de production de document falsifié, ou de fausse déclaration intentionnelle lors de la mise en jeu des garanties, conformément aux articles 3.6 et 4.5 de la présente Notice d'information.

3.3 TERME DE L'ADHÉSION SUIVANT L'EXCLUSION DE L'ADHÉRENT PAR L'ASSOCIATION

L'exclusion de l'Adhérent par l'Association du bénéfice du Contrat entraîne de plein droit le terme de l'adhésion et met fin aux garanties à la date d'effet de l'exclusion. L'exclusion est sans effet sur le droit aux prestations acquises avant la prise d'effet de l'exclusion.

L'exclusion de l'Adhérent est signifiée par lettre recommandée au dernier domicile connu de l'Adhérent. Les délais de notification de l'exclusion partent du jour d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la Poste faisant foi.

L'Adhérent peut être exclu en cas de :

- Non-paiement de la cotisation (voir article 4.5),
- Rupture du lien qui l'unit à l'Association par la perte de la qualité de membre de l'Association.

3.4 MODIFICATIONS AU COURS DE L'ADHÉSION

L'acceptation d'une modification demandée par l'Adhérent est prouvée par l'émission d'un nouveau Certificat d'adhésion ou d'un avenant. Elle entraîne la modification du montant de la cotisation.

3.4.1 Adjonction ou suppression d'un Assuré

L'adjonction d'un nouvel Assuré est soumise aux formalités prévues à l'Article 1.3. Par ailleurs, le nouvel Assuré doit être le Conjoint de l'Adhérent ou l'un des Enfants à charge de l'Adhérent et/ou de son Conjoint. Elle se fait au niveau des garanties alors en vigueur.

L'adjonction d'un Assuré intervient à la date de réception de la demande par le Gestionnaire des documents nécessaires à l'adjonction d'un nouvel Assuré, à savoir l'attestation de droits à l'assurance maladie, et un extrait d'acte de naissance pour un nouveau-né.

Pour les nouveaux nés, l'affiliation pourra être effective à leur date de naissance sous réserve que la demande d'affiliation soit faite dans les trois mois suivants l'évènement. A défaut, l'affiliation prendra effet à la date de réception de la demande par le Gestionnaire.

En cas de suppression d'un Assuré du bénéfice du Contrat, celle-ci s'effectue sur simple demande de l'Adhérent adressée au Gestionnaire moyennant le respect d'un préavis d'un mois. La suppression d'un Assuré prend alors effet à la date de réception de la demande par le Gestionnaire.

S'il souhaite affilier à nouveau son Ayant droit, l'Adhérent devra respecter un délai de deux ans à compter de la date de prise d'effet de la radiation (sauf en cas de changement de situation).

3.4.2 Augmentation ou diminution du niveau de garantie

A l'issue de la 1^{ère} année d'adhésion, l'Adhérent peut demander à modifier ses garanties.

En cas de modification vers des garanties inférieures, la modification prend effet à la prochaine date d'échéance sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date.

Par dérogation, la diminution de garanties est accordée le premier du mois suivant la demande (sous réserves de présentation de documents justificatifs) pour les cas suivants :

- Perte d'emploi, chômage
- Divorce / Séparation

L'Adhérent peut modifier son contrat vers des garanties supérieures sous réserve d'en faire la demande en respectant un délai de préavis d'une durée minimale de 2 mois. Dans ce cas, le retour à une formule inférieure ne pourra être effectif qu'à l'issue d'une période d'assurance de 12 mois complets dans la formule supérieure.

Les modifications s'appliquent à l'ensemble des Assurés sous réserve qu'ils respectent la limite d'âge d'accès au contrat lors de la demande de changement de niveau de garanties.

3.4.3 Changement de situation en cours d'adhésion

L'Adhérent est tenu de déclarer formellement au Gestionnaire, dans un délai maximum de deux mois à compter de la connaissance par l'Adhérent de l'évènement concerné, les renseignements et informations suivants et ce pour toute personne couverte par le Contrat :

- Changement du Régime obligatoire d'assurance maladie français, étant précisé que chaque Assuré cesse d'être garanti s'il ne relève plus d'un Régime obligatoire d'assurance maladie français
- Changement de coordonnées bancaires
- Changement d'adresse (de la Résidence principale)
- Changement de régime et situation matrimoniale
- Changement de catégorie socio-professionnelle
- Souscription à un contrat à adhésion obligatoire offrant des garanties de même nature
- Perte d'emploi, chômage
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité
- Acquisition de la Complémentaire Santé solidaire

En cas d'aggravation du risque, liée à l'un de ces événements précités et indépendante de l'état de santé de l'Assuré, l'Assureur proposera soit une augmentation de cotisation, soit la résiliation du Contrat.

Si l'absence ou le retard de déclaration cause un préjudice à l'Assureur, celui-ci pourra invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder au règlement des prestations conformément à l'article L 113-2 du code des assurances.

3.5 SUSPENSION DE L'ADHÉSION

Suspension des garanties

Le défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation peut entraîner, dans les conditions indiquées à l'article 4.5, la suspension des garanties.

La suspension entraîne, même si la cotisation est acquittée ultérieurement, la perte du droit aux prestations prévues par l'adhésion pour :

- Les soins reçus et les frais engagés pendant la période de suspension,
- Les Hospitalisations ayant débuté pendant la période de suspension,
- Les maladies ou les Accidents survenus pendant la période de suspension, quelles qu'en soient leurs suites et conséquences.

3.6 RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

3.6.1 Résiliation par l'Adhérent

La résiliation doit être notifiée à Coverlife selon les modalités suivantes :

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) adressée à l'adresse suivante :

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

- Par Lettre Recommandée Electronique ou courrier électronique adressée à l'adresse suivante :

sante@cocoon.fr

- A l'aide du formulaire mis à disposition sur votre Espace Assuré.

3.6.1.1 Résiliation annuelle

Conformément à l'article 3.2 ci-dessus, l'Adhérent a la faculté de résilier son adhésion à chaque échéance annuelle moyennant le respect d'un délai de préavis de deux mois.

3.6.1.2 Résiliation en cours de contrat

- Après douze (12) mois d'adhésion, l'adhérent peut procéder à la résiliation de son contrat à tout moment.

La résiliation prendra alors effet un mois à compter de la date de réception de votre notification.

Coverlife adressera un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

- De même, en cas de modification des conditions de votre contrat à l'initiative de l'Assureur, l'Adhérent dispose d'un délai de trente (30) jours à compter de la notification pour résilier son adhésion en raison de ces modifications.

3.6.1.3 Évolution tarifaire à l'initiative de l'Assureur

L'Adhérent peut résilier l'adhésion dans les 30 jours qui suivent l'envoi par le Gestionnaire de la notification de l'évolution tarifaire. Dans ce cas, la résiliation prend effet la veille de la date d'application prévue pour l'évolution tarifaire. Toutefois, dans le cas où des prestations relatives à des actes dispensés après cette date auraient été versées, l'effet de la résiliation est reporté au jour du dernier acte pris en charge. À défaut de réception de cette notification de résiliation, les nouvelles conditions de garanties seront considérées comme acceptées.

3.6.2 Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement de la cotisation, dans les conditions indiquées à l'article 4.5,
- En cas de déclaration incomplète ou inexacte du risque à garantir, à l'adhésion ou en cours d'adhésion, en vertu de l'article L 113-9 du Code des assurances. La résiliation pour ce motif prend effet 10 jours après l'envoi de la lettre recommandée à l'Adhérent.

La lettre de résiliation est adressée au dernier domicile connu de l'Adhérent.

3.6.3 Résiliation pour changement de situation

En cas de survenance de l'un des événements suivants :

- Changement d'adresse de la Résidence principale si ledit changement entraîne une modification des cotisations ;
- Changement de régime et situation matrimoniale ;
- Changement de catégorie socio-professionnelle ;
- Souscription à un contrat collectif obligatoire ;
- Perte d'emploi, chômage ;
- Retraite professionnelle ou cessation définitive de l'activité professionnelle ;
- Acquisition de la Complémentaire Santé Solidaire ;

Le contrat d'assurance pourra être résilié par chacune des parties lorsque l'évènement a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure, qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

En pareil cas, la résiliation ne pourra intervenir que dans les trois (3) mois suivant la survenance de l'évènement et prendra effet un (1) mois après que l'autre partie en a reçu notification.

Le cas échéant, le Gestionnaire remboursera à l'Adhérent la portion de cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

3.6.4 Conséquences de la résiliation

La résiliation de l'adhésion met fin aux garanties pour l'ensemble des Assurés à la date d'effet de la résiliation.

Les actes médicaux et les jours d'Hospitalisation antérieurs à la résiliation feront l'objet d'un remboursement complémentaire sauf en cas de résiliation pour déclaration incomplète ou inexacte du risque à garantir à l'adhésion ou en cours d'adhésion, et en cas de production de documents falsifiés

ou de fausse déclaration intentionnelle lors de la mise en jeu des garanties. Lorsqu'une résiliation intervient au cours d'une période d'assurance, la part de cotisation relative à la période postérieure à la résiliation est remboursée à l'Adhérent, sauf en cas de résiliation pour non-paiement de la cotisation.

L'Assuré ne reçoit pas de prestations pour :

- Les soins effectués après la résiliation du Contrat y compris ceux liés à une Hospitalisation ayant débutée avant la résiliation, quand bien même ils peuvent être rattachés à une maladie ou un Accident antérieurs à la résiliation,
- Les Hospitalisations qui ont débuté après la résiliation du Contrat.

3.6.5 Nullité de l'adhésion et conséquences de la nullité

En cas de fraude ou de tentative de fraude de l'Assuré, de production de documents falsifiés et/ou de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle lors de la mise en jeu des garanties conformément aux dispositions de l'article L 113-8 du Code des assurances, l'adhésion est nulle de plein droit.

La nullité prendra effet rétroactivement au jour de la fraude/ fausse déclaration.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur et l'Adhérent devra en outre régler l'intégralité des cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Par ailleurs, l'Adhérent devra restituer à l'Assureur l'ensemble des prestations payées depuis l'évènement sanctionné par la nullité.

■ 4. COTISATION

4.1 MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- La formule de garantie choisie,
- L'âge de l'Adhérent,
- La composition de la famille Assurée (et notamment du nombre d'adultes et du nombre d'Enfants de moins de 28 ans ayant la qualité d'Assuré),
- Le département de Résidence de l'Adhérent,
- Le Régime obligatoire d'assurance maladie dont relève l'Adhérent et les Assurés.

Les taxes actuelles à la charge de l'Adhérent sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

4.2 ÉVOLUTION TARIFAIRE

4.2.1. Les cotisations évoluent le 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'âge de l'Adhérent

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

Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau Certificat d'Adhésion ou sur l'avenant correspondant.

La cotisation peut aussi varier en cas de changement du Régime obligatoire d'un des Assurés.

L'évolution de la cotisation s'applique en fonction de l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année en cours.

4.2.2 Indépendamment de l'évolution annuelle de la cotisation liée à l'âge, aux bénéficiaires et au Régime obligatoire, l'Assureur pourra être amené à réviser son

tarif :

- Soit du fait des résultats techniques du Contrat qui dépendent notamment de la composition du groupe assuré et de l'évolution de sa consommation médicale,
- Soit du fait d'une modification des modalités de calcul et des conditions d'attribution des prestations de la Sécurité sociale. La nouvelle cotisation est applicable au 1^{er} janvier suivant la modification du tarif. L'Adhérent en est alors informé 3 mois avant son entrée en vigueur par l'envoi de l'appel de cotisation.

Il peut arriver, en cas de modification due à un changement des dispositions législatives ou réglementaires du régime de la Sécurité sociale, que l'application du nouveau tarif soit immédiate. Dans ce cas, l'Adhérent en est informé par l'envoi d'une lettre indiquant le montant de la nouvelle cotisation.

Dans les cas énoncés dans le 4.2.2, l'adhésion est résiliable par l'Adhérent dans les conditions indiquées à l'article 3.6.

À l'occasion d'une révision tarifaire, les prestations forfaitaires peuvent faire l'objet d'une réévaluation. Dans ce cas l'Adhérent en est informé en même temps que du montant de la nouvelle cotisation selon les modalités décrites ci-dessus.

4.3 PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable d'avance mensuellement par prélèvement sur un compte bancaire ouvert en France au nom de l'Adhérent. Son montant est indiqué sur l'appel de cotisation.

4.4 NON-PAIEMENT DE LA COTISATION

Lorsqu'une cotisation ou une fraction de cotisation n'est pas payée en totalité ou en partie dans le délai de 10 jours de sa mise en paiement, le Gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure de payer. Cette lettre l'informe de ce qu'à défaut de règlement, les garanties seront suspendues 30 jours après son envoi. Si la cotisation due, ainsi que les cotisations venues à échéance depuis lors, demeurent impayées dans les 10 jours de la suspension des garanties, l'adhésion au contrat est alors résiliée sans autre préavis.

L'article L. 113-3 du Code des assurances autorise également l'Assureur à réclamer le paiement des cotisations restant dues jusqu'à la prochaine Date anniversaire de l'adhésion.

■ 5 RÉTICENCE, FAUSSE DÉCLARATION, OMISSION OU DÉCLARATION INEXACTE

Toute omission ou inexactitude dans les déclarations à la souscription ou en cours de Contrat entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances.

Si l'omission ou l'inexactitude est intentionnelle, l'Assureur pourra, conformément à l'article L 113-8 du code des assurances et à l'article 3.6.5 ci-dessus, invoquer la nullité du Contrat et conserver les cotisations à titre de dommages et intérêts.

Si l'omission ou l'inexactitude n'est pas intentionnelle (article L 113-9 du code des assurances) :

- **Après un sinistre, les prestations sont réduites à proportion des cotisations payées par rapport à celles qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.**
- **Avant un sinistre, l'Assureur a la faculté soit de maintenir le Contrat en cours moyennant une augmentation de cotisation, soit de résilier le Contrat.**

Toute production intentionnelle par un des Assurés

de documents falsifiés ou de déclarations fausses entraîne la déchéance de tout droit à prestations.

6 CONTRÔLE MÉDICAL - EXPERTISE AMIABLE

En cas de demande de prestations, un médecin-conseil mandaté par l'Assureur ou le Gestionnaire a la possibilité de contrôler l'état de santé d'un Assuré, sauf cas de force majeure.

Si l'Assuré refuse de se soumettre au contrôle médical sans motif valable, il est déchu de tout droit aux prestations en cause. Le refus injustifié de se soumettre à un contrôle médical reporte de plein droit la mise en jeu des garanties jusqu'à l'accomplissement de cette formalité.

Si l'Assuré est en désaccord avec les conclusions du médecin-conseil ou si le médecin-conseil estime que les éléments en sa possession sont insuffisants, le Gestionnaire peut demander des pièces complémentaires ou déléguer à ses frais, un médecin expert chargé de faire constater son état de santé.

Les résultats de l'expertise sont notifiés à l'Assuré qui dispose alors d'un délai de soixante jours pour exprimer son désaccord éventuel. Dans ce cas, le médecin de l'Assuré et le médecin expert désigné par le Gestionnaire désignent ensemble un troisième médecin qui départage les avis, ses honoraires étant supportés pour moitié par l'Assuré et pour moitié par le Gestionnaire.

Si l'une des parties empêche cette désignation, elle est réputée accepter les conclusions de l'autre partie.

■ 7 DISPOSITIONS DIVERSES

7.1 FACULTÉ DE RENONCIATION

Il résulte des dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances que : « *Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir : a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ; b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L 222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).* »

Vous avez en conséquence la possibilité de renoncer au contrat Cocoon Assurance Santé que vous avez souscrit, dans un délai de 30 jours à compter de la réception du Certificat d'adhésion. Pour exercer votre faculté de renonciation, vous devez nous adresser votre notification selon les modalités prévues à l'article 3.6.1, dans le délai de 30 jours ci-dessus indiqué, selon le modèle suivant : « *Je soussigné(e) [nom, prénom] demeurant [adresse de l'adhérent] déclare renoncer à l'adhésion n° [numéro d'adhésion figurant sur le certificat d'adhésion] à laquelle j'avais souscrit le [date de la souscription] par l'intermédiaire de Cocoon Assurance. [Date] [Signature de l'adhérent]* ».

En pareil cas, le contrat sera résilié à compter de la date de réception, par Cocoon Assurance, de la correspondance RAR. Cocoon Assurance procédera au remboursement des cotisations perçues par elle dans un délai de 30 jours à compter de la date de résiliation du contrat, déduction faite de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, calculée au prorata temporis jusqu'à la date de résiliation.

Cocoon Assurance vous informe que, conformément à la loi,

l'intégralité des cotisations resteront dues si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

De même, dès que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, vous ne pouvez plus exercer votre droit de renonciation.

7.2 PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du Contrat sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L 114-1 du Code des assurances : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Article L 114-2 du Code des assurances : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

Article L 114-3 du Code des assurances : « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

Information complémentaire : « Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après ».

Article 2240 du Code civil : « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription ».

Article 2241 du Code civil : « La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. Article 2242 du Code civil : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance ».

Article 2243 du Code civil : « L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée ».

Article 2244 du Code civil : « Le délai de prescription ou le

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

Article 2245 du Code civil : « L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers ».

Article 2246 du Code civil : « L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution ».

7.3 TRAITEMENT ET PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

7.3.1 Collecte et finalités d'utilisation des données personnelles

Le Gestionnaire, responsable des traitements listés ci-dessous, met en œuvre des traitements de données à caractère personnel, notamment des données de santé, pour l'adhésion, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ainsi que pour les relations avec ses clients.

Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :

- L'étude des besoins de l'Adhérent / l'Assuré,
- L'adhésion et la gestion administrative et commerciale du Contrat,
- La gestion des sinistres,
- La réalisation d'études marketing,
- La prospection commerciale, sauf si l'Adhérent s'y est opposé.

L'Assureur et le Gestionnaire, responsables conjoints des traitements listés ci-dessous, mettent en œuvre des traitements de données à caractère personnel, notamment des données de santé, pour la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ainsi que pour les relations avec leurs clients. Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :

- La gestion des réclamations,
- La réalisation de statistiques et d'études actuarielles,
- La réponse aux obligations légales.

Les données collectées, y compris les données de santé, sont indispensables à ces traitements et sont destinées aux services concernés du Gestionnaire et de l'Assureur, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants, partenaires, prestataires, mandataires, réassureurs ou aux organismes professionnels concernés.

L'Adhérent / Assuré est pleinement informé que COVERLIFE subdélègue la gestion des prestations attachées aux contrats souscrits à la société GENERATION. COVERLIFE garantit à l'Adhérent / Assuré que la société GENERATION traitera les données dans le strict respect des finalités décrites aux présentes.

Les données collectées sont susceptibles d'être traitées dans et hors Union Européenne, uniquement pour les finalités décrites ci-avant. Si la législation de l'Etat de destination des

données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent à celui en vigueur dans l'Union par la Commission européenne, le Gestionnaire s'engage à suivre la législation en vigueur tel que précisé ci-dessous :

Chaque transfert des données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'Union Européenne par une autre société du groupe auquel appartient le Gestionnaire, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend le groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés du groupe. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, des mesures seront prises afin de garantir que le transfert des données personnelles hors Union Européenne soit effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'Union Européenne. Le Bénéficiaire peut prendre connaissance des mesures de protection mises en oeuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en contactant le Gestionnaire. Enfin, elle dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Conformément à l'article L 223-1 du Code de la consommation, l'Adhérent qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, en dehors du ou des contrats en cours auquel(s) il a adhéré auprès de l'Assureur, peut s'inscrire, gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

7.3.2 Conservation des données personnelles

Les données personnelles de l'Adhérent / l'Assuré sont conservées dans le cadre des finalités mentionnées ci-dessus et conformément aux obligations légales en vigueur pour une durée de 10 ans à compter du terme du Contrat.

7.3.3 Droits à la protection des données personnelles

Conformément à la loi « informatique et libertés », l'Adhérent / l'Assuré bénéficie d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression, d'opposition, de limitation au traitement des informations qui concernent l'Adhérent / l'Assuré, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données après le décès, qui peuvent être exercés par l'Adhérent / l'Assuré en adressant la demande par courrier à Coverlife, à l'attention du DPO, Le Délégué à la Protection des données - Coverlife SAS - 12 rue de Kerogan 29335 QUIMPER CEDEX ou par courriel à dpo@coverlife.fr, accompagnée d'une pièce d'identité. La demande sera traitée par le Délégué à la Protection des Données personnelles. Concernant les données de santé, ces droits s'exercent en plus par courrier postal auprès du Médecin-conseil de GENERATION (29080 Quimper cedex 9).

L'Adhérent / l'Assuré disposent de la faculté d'introduire une réclamation :

- En adressant un courrier à Coverlife, à l'attention du DPO, Le Délégué à la Protection des données - Coverlife SAS - 12 rue de Kerogan 29335 QUIMPER CEDEX ou par courriel à dpo@coverlife.fr
- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ».

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à ces demandes si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du Contrat, au respect d'une obligation

légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

7.3.4 Sécurité

L'Assureur et le Gestionnaire accordent la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité des données personnelles des Assurés et prospects et s'engagent à traiter les données personnelles en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et au niveau de l'organisation.

7.3.5 Notification en cas de violations de données à caractère personnel

En cas de violation de données à caractère personnel, le Gestionnaire s'engage à en informer l'Assuré concerné dans les meilleurs délais, lorsqu'elle est susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits et libertés.

Le Gestionnaire informe l'Assuré, en des termes clairs et simples, de la nature de la violation de données à caractère personnel et lui communique :

La description de la nature de la violation de données à caractère personnel y compris, si possible, les catégories et le nombre approximatif de personnes concernées par la violation et les catégories et le nombre approximatif d'enregistrements de données à caractère personnel concernés ;

Le nom et les coordonnées du délégué à la protection des données ou d'un autre point de contact auprès duquel des informations supplémentaires peuvent être obtenues ;

La description des conséquences probables de la violation de données à caractère personnel ;

La description des mesures prises ou que les co-responsables du traitement proposent de prendre pour remédier à la violation de données à caractère personnel, y compris, le cas échéant, les mesures pour en atténuer les éventuelles conséquences négatives.

7.4 RÉCLAMATION / MÉDIATION

Pour toute réclamation relative au Contrat, à sa gestion, aux cotisations ou encore aux sinistres, l'Adhérent ou l'Assuré, désignés ci-après comme le « réclamant », doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si le réclamant ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser une réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) en fonction de l'objet de la réclamation :

Concernant les prestations, à l'adresse suivante :

GENERATION
Service Réclamation
Génération - 29080 Quimper cedex 9
Téléphone : 02 98 51 38 00
Du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

Concernant la vie de l'adhésion (garanties, cotisations, modifications) :

Cocoon Assurance
Service Réclamation
4 rue Berteaux Dumas CS 50075
CS 50075
92522 Neuilly sur Seine Cedex

Le service concerné accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa date de réception (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans

un délai maximum de 2 mois suivant sa date de réception.

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation par le service concerné du Gestionnaire, le réclamant peut alors s'adresser à l'Assureur :

- Via le formulaire de contact présent sur le site internet, www.prevoir.com
- Ou par voie postale à l'adresse suivante : Prévoir - Service Réclamations - 19 rue d'Aumale - CS 40019 - 75306 Paris Cedex 09

Il est recommandé au réclamant de détailler de la manière la plus précise possible les motifs de sa réclamation et d'indiquer le nom de son Contrat ainsi que la référence de son adhésion. Le Service Réclamations de l'Assureur accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa date de réception (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai maximum de 2 mois suivant sa date de réception.

Si un désaccord subsiste, le réclamant peut saisir le Médiateur de l'assurance en lui adressant sa réclamation :

- Via le site Internet de la Médiation de l'Assurance www.mediation-assurance.org
- Ou par voie postale à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110- 75441 Paris cedex 09

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'Adhérent, l'Assuré, par le Gestionnaire ou par l'Assureur.

7.5 INFORMATION DE L'ADHÉRENT

Aussi longtemps que l'adhésion donne lieu au paiement de cotisations, le Gestionnaire communique chaque année à l'Adhérent le montant des garanties et de la cotisation annuelle.

7.6 LOI APPLICABLE ET TRIBUNAUX COMPÉTENTS

Le Contrat est régi par le Code des assurances. Le droit applicable du Contrat est le droit français en tant que droit de l'État de la Résidence principale et habituelle de l'Adhérent à la date de signature de la demande d'adhésion. Dans toutes les hypothèses où un choix de loi applicable au Contrat serait ouvert, l'Adhérent convient que la loi applicable est la loi française.

Toutes les contestations relatives à l'interprétation, la validité, l'exécution ou la rupture du Contrat relèvent des tribunaux français.

7.7 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'organisme chargé du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest - CS92459, 75436 Paris cedex 09.

■ 8. LEXIQUE

Accident : Un accident est une atteinte à l'intégrité physique non intentionnelle, et qui provient d'une action ou d'un événement fortuit, soudain, et imprévisible dû à une cause extérieure à la volonté de l'Assuré.

Adhérent : Le membre de l'Association personnellement affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français qui adhère au Contrat.

Année civile : L'année civile débute au 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre.

Année d'adhésion : Période d'un an s'écoulant entre la Date d'effet et la première Date Anniversaire.

Association : L'AGORA, est une Association pour la Gestion, l'Organisation et la Recherche de régimes d'Assurances Association régie par la loi du 1er janvier 1901 et le décret du 16 août 1981. Siège social de l'association PARIS 9e - 22, rue de la Rochefoucauld.

Assuré : L' Adhérent, son Conjoint, leurs Enfants. Chaque Assuré est bénéficiaire des garanties prévues au Contrat.

Assisteur : La société FRAGONARD ASSURANCES (siège social - 2 Rue Fragonard, 75807 Paris cedex 17) accorde la garantie (branche 18 de l'article R. 321-1 du Code des assurances).

Assureur : PRÉVOIR VIE - GROUPE PREVOIR, société anonyme au capital de 81 000 000 euros, régie par le Code des assurances immatriculée au RCS de Paris sous le n° 343 286 183, ayant son siège social 19 rue d'Aumale, CS40019, 75306 PARIS Cedex 09. Elle garantit les risques frais médicaux

Base de Remboursement : Tarif retenu par le Régime obligatoire La Base de Remboursement correspond au Tarif de convention en Secteur conventionné ou au Tarif d'autorité en Secteur non conventionné. Ce tarif de base peut selon les actes être désigné par l'Assurance maladie sous les termes TA, TC, TFR ou TR.

Certificat d'adhésion : Document émis par l'Assureur, matérialisant l'adhésion de l'Adhérent au Contrat, et mentionnant le nom de l'Adhérent, celui des Assurés, le niveau de garantie choisi par l'Adhérent lors de l'adhésion, la Date d'effet et le montant de la cotisation.

Conjoint : L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) déclaré(e) ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent (PACS), âgé(e) de 18 ans à 79 ans inclus.

Contrat : contrat d'assurance Cocoon Assurance Santé défini à l'article 1.1

Date anniversaire : Date d'échéance annuelle de l'adhésion servant de référence pour l'exercice de la faculté de résiliation annuelle.

Date d'effet de l'adhésion : La date indiquée sur le Certificat d'adhésion et qui marque le point de départ des garanties choisies sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

Déchéance (perte de garantie) : Perte des droits à l'indemnité d'assurance de l'Adhérent à la suite de l'inobservation de ses obligations en cas de sinistre.

Dépassement d'honoraires : Partie des honoraires dépassant la base remboursement du Régime obligatoire

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) : Cette notion regroupe le Contrat d'Accès aux Soins (CAS), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) et tout autre dispositif ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

Pour connaître les médecins adhérent à l'un de ces dispositifs, il est possible de consulter le site « ameli-direct.ameli.fr »

DocuSign : Solution de signature électronique conforme aux exigences techniques de la Signature Electronique Avancée et également de la Signature Electronique Qualifiée (SEQ) au sens du règlement eIDAS.

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

Enfant(s) : Les enfants à charge de l'Adhérent ou de son Conjoint, jusqu'au 31 décembre de leur 28^e anniversaire, bénéficiant des prestations en nature d'un Régime obligatoire. La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française.

Forfait annuel : Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par Année d'assurance et par Assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une

année sur l'autre.

Forfait journalier hospitalier : Somme journalière restant à la charge de l'Assuré pour toute Hospitalisation d'une durée supérieure à 24h00. Son montant est fixé par arrêté ministériel. Cette somme sert à payer les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une Hospitalisation. Certains patients en sont dispensés : par exemple les personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, les femmes au cours des derniers mois de leur grossesse et après l'accouchement.

Gestionnaire : Pour toute la gestion autre que le traitement des sinistres : Coverlife au travers de sa marque Cocoon Assurance - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.orias.fr

Pour le traitement des sinistres : Génération, dont le siège social est 12 bis, rue de Kerogan 29000 QUIMPER - Société par Actions Simplifiée au capital de 102 766,40 € - RCS Quimper 410 069 066 - N° Orias : 07000842 - www.orias.fr ;

Hospitalisation : Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (hôpital ou clinique habilité(e) à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

Est également considérée comme une Hospitalisation au sens du Contrat les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (Hospitalisation ambulatoire) et les Hospitalisations à domicile (H.A.D.) prise en charge par la Sécurité sociale.

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

Institut Médico-Pédagogique : Établissement d'accueil français qui accueille les enfants et adolescents atteints d'handicap mental présentant une déficience intellectuelle liée à des troubles neuropsychiatriques : troubles moteurs et sensoriels, troubles de la communication.

Long séjour : Unité pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Notice d'information : Le présent document valant conditions générales applicables du Contrat définissant notamment les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Participation forfaitaire de 1 euro* : Participation déduite de chaque remboursement de consultation (généraliste ou spécialiste), et d'examen radiologique ou biologique, par le Régime obligatoire dans la limite de 50 € par an, et non couverte par la Convention Solution Santé, sauf pour les actes réalisés au cours d'une hospitalisation.

Parcours de soins coordonnés : Désigne la situation dans laquelle l'Assuré consulte en premier le Médecin traitant qu'il a déclaré.

Si nécessaire, le Médecin traitant l'oriente vers un Médecin correspondant. Dans ce cas, l'Assuré est remboursé normalement.

Régime obligatoire : Le Régime obligatoire français d'assurance maladie auquel est affilié l'assuré, incluant le régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle

Résidence : Lieu de situation du logement que l'Adhérent occupe habituellement et effectivement avec sa famille et où se situe le centre de ses intérêts professionnels et matériels.

Secteur conventionné : L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. Au sein du secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du Régime obligatoire sont à la charge de l'Assuré social.

Secteur non conventionné : L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

Sécurité sociale : terme générique utilisé pour désigner le régime d'Assurance maladie auprès duquel l'Assuré est affilié.

Service Hospitalier Spécialisé : établissement hospitalier qui prend en charge les maladies ou déficiences non somatiques (troubles psychiatriques, déficiences mentales, addictions...)

Site internet : site institutionnel www.coverlife.com qui héberge l'accès à l'espace client.

Site marchand www.cocoon.fr qui permet la souscription en ligne du Contrat.

Site espace sécurisé Generatin : www.generation.fr

Ticket Modérateur (TM) : fraction de la Base de Remboursement qui reste à la charge de l'Assuré après remboursement de la Sécurité sociale.

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

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

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

Verres hypercomplexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-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.

ANNEXE : GARANTIES D'ASSISTANCE

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par PRÉVOIR-VIE auprès de Fragonard Assurances (société anonyme au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 2 Rue Fragonard - 75017 PARIS) sont mises en œuvre par : AWP France SAS - société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny - Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>

Sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.
Ci-dessous dénommée « Prévoir Assistance »

■ 1. DÉFINITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES D'ASSISTANCE

Dans la présente convention d'assistance, les termes et expressions qui commencent par une majuscule auront la signification suivante :

Accident corporel : Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Il est précisé que la survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale, ...) ne peut être assimilée à un accident.

Domicile : Lieu de résidence principale en France métropolitaine.

En cas de litige sur ce point, c'est l'adresse fiscale qui sera considérée comme domicile.

Durée de validité : Les prestations d'assistance dénommées Prévoir Assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité de l'adhésion à la Convention et de l'accord liant d'une part Prévoir-Vie et d'autre part AWP France SAS, agissant au nom et pour le compte de FRAGONARD ASSURANCES pour la délivrance de ces prestations.

Hospitalisation imprévue : Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public ou toute hospitalisation à domicile, consécutifs à un accident ou une maladie, prescrite en urgence par un médecin, à l'exclusion des hospitalisations de jour et des hospitalisations planifiées.

Prévoir Assistance se réserve le droit de demander un bulletin confirmant l'hospitalisation avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Immobilisation imprévue : Toute incapacité physique à se déplacer survenant inopinément et consécutive à un accident ou à une maladie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin.

Prévoir Assistance se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Maladie : Altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique : Maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Territorialité : Le bénéfice des prestations d'assistance est ouvert uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine.

Transport : Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train en 2e classe ou par avion en classe touristique.

■ 2. CONTENU DES GARANTIES

Services en cas d'hospitalisation de l'assuré supérieure à 3 jours

a) Garde au Domicile des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans.

La garde au Domicile se réalise dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures par période d'hospitalisation. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par un(e) travailleur(se) familial(e), auxiliaire de puériculture ou aide-soignant(e).

Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, le garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs

activités extrascolaires et retourner les chercher.

b) Aide ménagère à Domicile

L'aide ménagère se réalise dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures pouvant être réparties sur trois semaines.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au Domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au Domicile du bénéficiaire.

Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au Domicile.

c) Garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

- soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum par période d'immobilisation,
- soit chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 km autour du Domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

Pack chirurgie ambulatoire

Uniquement en cas de paiement d'un forfait hospitalier. Un forfait de 6 heures d'aide ménagère, maximum 2 fois par an, est mis à la disposition du bénéficiaire en cas de chirurgie ambulatoire.

Services en cas d'immobilisation ou d'hospitalisation de l'enfant de l'assuré (soutien scolaire).

Possibilité d'obtenir une aide pédagogique dans les matières scolaires principales lorsque l'immobilisation imprévue au Domicile entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs.

Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe du bénéficiaire. Il pourra, avec l'accord du bénéficiaire et de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels du bénéficiaire l'étendue du programme à étudier.

L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, à raison de 15 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables par tranche de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.

La mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai de 2 jours ouvrés. Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'hospitalisation imprévue de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs.

Services en cas de naissance prématurée de l'enfant de l'assuré
L'événement qui déclenche le droit à l'utilisation des services organisés et pris en charge par Prévoir Assistance est la naissance prématurée, c'est-à-dire la naissance de l'enfant survenant avant la 33e semaine d'aménorrhée (sur présentation d'un certificat médical attestant de la naissance prématurée). Prévoir Assistance organise et prend en charge des services dans la limite d'un montant de 500 €, somme à répartir, selon les choix du bénéficiaire, parmi les prestations détaillées ci-après. La période d'utilisation des services organisés et pris en charge est limitée aux 3 mois suivant la naissance. Au-delà, le droit devient caduc.

a) Présence d'un proche au Domicile

Voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, qui vient aider le bénéficiaire à son Domicile.

b) Séjour à l'hôtel de la personne pour la personne désignée au paragraphe "Présence d'un proche au domicile".

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe "Présence d'un proche au domicile".

c) Garde au Domicile des enfants de moins de 15 ans La garde se réalise dans la limite des disponibilités locales. Chaque

prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au Domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par un(e) travailleur(se) familial(e), auxiliaire de puériculture ou aide-soignant(e).

Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, le garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation "Présence d'un proche au Domicile" ci-dessus.

d) Aide aux soins du bébé au Domicile

L'aide se réalise dans la limite des disponibilités locales, par un(e) auxiliaire de puériculture, afin d'aider la mère dans les soins du nouveau né (change, biberons, bains) à leur retour au Domicile.

e) Soutien psychologique

Le soutien psychologique est assuré par les psychologues cliniciens du service Écoute et Accueil Psychologique de Prévoir Assistance.

L'entretien téléphonique, mené par des professionnels qui gardent une écoute neutre et attentive, permet au bénéficiaire de se confier et de clarifier la situation psychologique à laquelle il est confronté. Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie régissant l'exercice de la profession de psychologue, et ne sauraient en aucun cas initier une psychothérapie par téléphone.

En fonction de la situation et des attentes du bénéficiaire, un rendez-vous pourra être organisé pour le bénéficiaire avec un psychologue diplômé d'état proche de son Domicile. Dans ce cas, les frais de consultation demeurent à la charge du bénéficiaire.

Services en cas de maladies redoutées

La survenue d'une affection de longue durée, au-delà de ses impacts sur la santé, peut fortement perturber l'organisation de la vie quotidienne des personnes concernées et de leur entourage. L'Assistance Maladies Redoutées apportée par Prévoir Assistance a pour objectif d'aider le bénéficiaire atteint d'une affection de longue durée à faire face à la situation. Elle s'appuie sur des prestations d'aide au quotidien, renforcées dans leur étendue, faciles à mettre en œuvre et d'une grande souplesse d'utilisation. Concerné personnellement ou parent d'enfant atteint d'une affection de longue durée, le bénéficiaire et ses proches trouveront auprès du Service Santé de Prévoir Assistance une écoute attentive ; leurs demandes y seront entendues en toute confidentialité.

L'Assistance Maladies Redoutées est accessible sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00.

Définition de l'Affection de Longue Durée ou ALD :

Maladies reconnues comme Affections de Longue Durée par l'Assurance maladie et pouvant être prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

Il existe trois catégories d'ALD pouvant être prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie :

- Les affections inscrites sur la liste des 30 affections de longue durée (ALD 30) comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Celle liste est fixée par l'article D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale.

- Les affections dites «hors liste» : il s'agit de maladies graves au sens de l'Assurance maladie, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD 30, et comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (exemples

: malformation congénitale des membres, embolie pulmonaire à répétition, dégénérescence musculaire).

• Les polyopathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois (exemple : une personne de 90 ans atteinte de cécité et souffrant des séquelles d'une fracture de la hanche n'ayant pas permis la reprise de la marche).

La demande de services doit, sous peine de forclusion, être faite dans l'année suivant la reconnaissance par l'assurance maladie de l'ALD.

Un certificat de l'assurance maladie précisant la date d'entrée en ALD sera systématiquement demandé.

a) Aide ménagère à Domicile

L'aide ménagère se réalise dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 60 heures pouvant être réparties selon les besoins du bénéficiaire.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3

(trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire.

b) Déplacements pour visites, analyses et examens médicaux
Transport aller et retour en ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi si le bénéficiaire doit passer des examens médicaux, faire des analyses médicales ou se rendre aux visites médicales. La prise en charge financière du transport est limitée à un maximum de 500 € TTC pour la période de garantie d'un an, et se fera en complément et sur justificatifs des remboursements éventuels obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants-droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié.

c) Hébergement du bénéficiaire à l'hôtel

L'établissement où le bénéficiaire reçoit ses soins doit être situé au-delà d'un rayon de 50 km de son domicile.

La prise en charge financière du séjour à l'hôtel est limitée à un maximum de 500 € TTC pour la période de garantie d'un an, et se fera en complément et sur justificatifs des remboursements éventuels obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants-droit) auprès de la Sécurité sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié.

d) Garde au domicile des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans.

La garde se réalise dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 60 heures pouvant être réparties selon les besoins du bénéficiaire.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par un(e) travailleur(se) familial(e), auxiliaire de puériculture ou aide-soignant(e).

Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, le garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher.

e) Soutien psychologique

Le soutien psychologique est assuré par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile.

La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de Prévoir Assistance qui le rappellera pour

entamer la démarche.

Si besoin, le bénéficiaire pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de Prévoir Assistance soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur.

L'accompagnement proposé est limité à 4 entretiens au plus. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

■ 3. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Prévoir Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours.

Prévoir Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère des Affaires étrangères <https://www.tresor.economie.gouv.fr>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir à Prévoir Assistance, soit concurrentement à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

Prévoir Assistance ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement des frais exposés. L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si Prévoir Assistance a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès.

Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Prévoir Assistance aurait engagés pour organiser le service.

■ 4. CONDITIONS APPLICABLES AUX SERVICES D'ASSISTANCE À LA PERSONNE AU DOMICILE

Les prestations énoncées dans la présente convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Prévoir Assistance se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation...).

Ce justificatif sera adressé au médecin de Prévoir Assistance qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi le dit justificatif. L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci-avant ne peut donner lieu au remboursement que si Prévoir Assistance a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux que Prévoir Assistance aurait engagés pour organiser le service. Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance au domicile peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouvrée.

La prestation "Garde au domicile de l'enfant convalescent de moins de 15 ans" n'est pas ouverte :

- pendant les congés légaux du ou des parents et de la nourrice employée et déclarée,
 - lorsqu'un membre majeur de la famille est présent au domicile.
- La prestation "Aide pédagogique" n'étant pas conçue pour servir des convenances personnelles, toute fausse déclaration, falsification ou tentative de fraude entraîne la perte du bénéfice de la prestation et le remboursement immédiat des sommes éventuellement engagées pour sa réalisation.

■ 5. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Sont exclus :

- **les demandes non justifiées,**
- **les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,**
- **les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile,**
- **les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet de l'adhésion,**
- **les maladies psychologiques antérieurement avérées/ constituées (ou) en cours de traitement,**
- **les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées,**
- **les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,**
- **les états de grossesse, sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 36^e semaine d'aménorrhée, • les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, et de l'absorption d'alcool,**
- **les conséquences d'une tentative de suicide,**
- **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 effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire,**
- **les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,**
- **les événements survenus lors de la pratique par le bénéficiaire d'un sport aérien ou de l'un des sports suivants : skeleton, bobsleigh, saut à ski, alpinisme à plus de 3000m, varappe, raids, trekkings et escalades, plongée sous-marine avec appareil autonome, ULM, sport nécessitant l'utilisation d'engins à moteur ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent**

à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,

- **la plongée sous-marine si le bénéficiaire ne pratique pas ce sport dans une structure adaptée et reconnue par la CMAS (Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques) et si en cas d'accident, le bénéficiaire n'a pas été pris en charge par un centre de traitement hyperbare** (Prévoir Assistance n'intervient qu'après cette première prise en charge pour organiser l'assistance médicale).

■ 6. MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la garantie assistance doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire ou ses proches auprès de Prévoir Assistance par l'un des moyens ci-après :

- Numéro de téléphone de France métropolitaine : 01.40.25.50.51
- Numéro de téléphone de l'étranger : +33.1.40.25.50.51
- Numéro de télécopie de France métropolitaine : 01.40.25.52.62
- Numéro de télécopie de l'étranger : +33.01.40.25.52.62,

Numéros accessibles 24h/24, 7 jours /7, sauf mentions contraires, en indiquant :

- le nom et le n° du contrat d'assistance : 920.790,
- le numéro d'adhérent à la convention "Prévoir Solutions Santé",
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint,
- la nature des difficultés motivant l'appel.

Toute correspondance doit être adressée à :

**Prévoir Assistance
AWP France SAS
7 rue Dora Maar - CS 60001
93488 Saint Ouen Cedex**

sans omettre de préciser le numéro de dossier d'assistance qui a été délivré lors de la demande. Prévoir Assistance ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non-respect des dispositions qui précèdent.

■ 7. TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante : reclamation@votreassistance.fr

Ou envoyer un courrier à l'adresse :

Prévoir Assistance - AWP France SAS
Service Traitement des Réclamations
TSA 70002
93488 Saint Ouen Cedex

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de Fragonard Assurances ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris cedex 09
<http://www.mediation-assurance.org>

Les entreprises d'assurance adhérentes à la Fédération Française de l'Assurance ont mis en place un dispositif permettant aux Bénéficiaires et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

■ 8. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

8.1 RESPONSABLE DU TRAITEMENT DES DONNÉES

Fragonard Assurances responsable du traitement de données à caractère personnel, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

8.2 DONNÉES COLLECTÉES

Les différents types de données personnelles sont collectées et traitées conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou la gestion et l'exécution de la garantie d'assistance.
- Dans ce cadre, les « données personnelles sensibles » pourront être collectées et traitées.

8.3 COLLECTE ET FINALITÉS DU TRAITEMENT DE DONNÉES

Les données personnelles transmises par le Bénéficiaire et celles reçues de Prévoir-Vie sont collectées et traitées pour un certain nombre de finalités et sous réserve du consentement exprès du Bénéficiaire, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

FINALITÉ	EST-CE QUE LE CONSENTEMENT EXPLICITE EST NÉCESSAIRE ?
Administration de la convention d'assistance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnités à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où Fragonard Assurances doit traiter les données personnelles du Bénéficiaire dans le cadre du traitement de sa réclamation, Fragonard Assurances ne sollicitera pas son consentement exprès.
Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer le niveau de satisfaction du Bénéficiaire et de l'améliorer	Non. Fragonard Assurances a un intérêt légitime à contacter le Bénéficiaire après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de s'assurer qu'elle a exécuté ses obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, le Bénéficiaire a le droit de s'y opposer en contactant Fragonard Assurances comme cela est expliqué ci-dessous.
Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
À des fins de vérification, pour se conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	Non. Fragonard Assurances peut traiter les données du Bénéficiaire dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par ses procédures internes. Fragonard Assurances ne sollicitera pas le consentement du Bénéficiaire au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de son intérêt légitime. Toutefois, Fragonard Assurances s'assurera que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par la société mère de Fragonard Assurances.
Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	Si Fragonard Assurances réalise l'une de ces activités de traitement, elle le fera en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et le consentement du Bénéficiaire n'est plus requis.
Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre les informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre.	Non. Il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, Fragonard Assurances est en droit de traiter les données du Bénéficiaire à cette fin sans avoir à recueillir son consentement

Dans le cadre de la mise en œuvre des garanties d'assistance, Fragonard Assurances peut être amenée à collecter des données personnelles complémentaires. Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles il est indiqué que le consentement exprès du Bénéficiaire n'est pas requis ou dans les cas où Fragonard Assurances aurait besoin de ces données personnelles dans le cadre de la souscription de la garantie d'assistance et/ou de la gestion de sinistre, les données personnelles sont traitées sur la base des intérêts légitimes de Fragonard Assurances et/ou conformément à ses obligations légales. Les données personnelles du Bénéficiaire sont indispensables à la mise en œuvre des traitements précités. A défaut, les services et/ou prestations ou toute autre demande ne pourront être pris en charge.

8.4 ACCÈS AUX DONNÉES

Dans le cadre des finalités énoncées, les données personnelles du Bénéficiaire pourront être divulguées aux parties suivantes agissant en tant que :

- tiers destinataires des données à caractère personnel et responsables de leurs propres traitements : organismes du secteur public, autres sociétés du groupe (dont AWP France SAS), assureurs et réassureurs ;
- préposés au traitement des données et sous-traitants, opérant sous la responsabilité de Fragonard Assurances, autres sociétés du groupe, consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, prestataires, médecins et sociétés de services délégués des opérations de Fragonard Assurances (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

Les données personnelles du Bénéficiaire pourront être également partagées dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de l'activité de Fragonard Assurances, de ses actifs ou de ses titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ;
- et afin de se conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où le Bénéficiaire présenterait une réclamation concernant l'un des produits ou services de Fragonard Assurances.

8.5 TRANSFERT DES DONNÉES

Les données personnelles du Bénéficiaire pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne par les parties spécifiées à l'article 10.1, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Les données personnelles ne sont pas divulguées à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert des données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'Union Européenne par une autre société du groupe auquel appartient Fragonard Assurances, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend le groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés du groupe. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, des mesures seront prises afin de garantir que le transfert des données personnelles hors Union Européenne soit effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'Union Européenne. Le Bénéficiaire peut prendre connaissance des mesures de protection mises en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en contactant AWP France SAS comme indiqué plus bas.

8.6 DROITS RELATIFS AUX DONNÉES PERSONNELLES

Le Bénéficiaire a le droit :

- d'accéder à ses données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsables(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) et sous-traitant(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer son consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de ses données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier ses données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer ses données personnelles si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de ses données personnelles dans certaines circonstances ;
- de s'opposer au traitement de ses données personnelles, ou de solliciter l'arrêt du traitement desdites données ;
- d'obtenir ses données personnelles au format électronique, pour son usage personnel ou celui de son nouvel assureur ;
- et de déposer une réclamation auprès de Fragonard Assurances et/ou de saisir l'autorité de protection des données compétente. Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en contactant AWP France SAS comme indiqué plus bas.

8.7 DURÉE DE CONSERVATION DES DONNÉES

Les données personnelles du Bénéficiaire sont conservées pour une durée de cinq (5) ans à compter de la date de fin de la garantie d'assistance ou selon les conditions spécifiques énoncées ci-après :

- En cas de sinistre : deux (2) ans à compter du règlement du sinistre,
- En cas de sinistre avec dommages corporels : dix (10) ans à compter du sinistre,
- Pour toute information sur les réclamations : deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation,
- Pour toute information sur le contrat : deux (2) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Des durées spécifiques peuvent s'appliquer dans le cadre des obligations fiscales et comptables, conformément à la réglementation en vigueur.

Les données personnelles ne sont pas conservées plus longtemps que nécessaire. Elles seront conservées uniquement pour les finalités pour lesquelles elles auront été obtenues.

8.8 CONTACT

Pour toute question concernant l'utilisation des données personnelles, le Bénéficiaire peut contacter AWP France SAS par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS

Département Protection des Données Personnelles

7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Fragonard Assurances se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

Assurance Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : PRÉVOIR VIE – GROUPE PRÉVOIR, entreprise immatriculée en France et régie par le code des assurances

Distributeur et Gestionnaire : COVERLIFE, au travers de sa marque Cocoon Assurance

Assisteur : FRAGONARD ASSURANCES, entreprise immatriculée en France et régie par le code des assurances, accorde la garantie Cocoon Assistance (branche 18 de l'article R. 321-1 du Code des assurances)

Produit : Cocoon Assurance Santé – Numéro de contrat CLVSIDB Numéro contrat Assistance : 922623

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties qui figure dans la notice d'information.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce produit d'assurance a pour principal objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels bénéficiaires, après remboursement du Régime obligatoire d'assurance maladie. Il comporte 3 formules de garanties et inclut des prestations d'assistance.

L'adhésion au contrat est ouverte à toutes personnes affiliées à un Régime obligatoire d'assurance maladie ayant moins de 80 ans. Ce produit s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du type de soins et de la formule de garanties choisie par l'assuré. Les remboursements sont effectués dans la limite des dépenses réellement engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Hospitalisation : frais de séjour conventionné, honoraires, forfait journalier hospitalier, transport du malade
- ✓ Frais dentaires : soins et prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie, implantologie, parodontologie
- ✓ Aide auditive : prothèses auditives, accessoires et frais d'entretiens
- ✓ Frais optiques : lunettes (montures et verres), lentilles remboursées ou non remboursées par le Régime Obligatoire, Forfait vision
- ✓ Soins courants :
 - Pharmacie : médicaments remboursés par le Régime Obligatoire.
 - Matériel médical : prothèses orthopédiques et autres prothèses
 - Honoraires et soins médicaux courants (Dptam/hors Dptam) : consultations et visites des généralistes ou spécialistes, actes techniques médicaux, actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie), radiologie, échographie, imagerie médicales, auxiliaires médicaux,
 - Analyses et examens laboratoire
- ✓ Confort et Prévention : Actes de prévention et cure thermales remboursés par le Régime Obligatoire, sevrage tabagique, vaccins prescrits non remboursés, Booster Santé (ostéopathie, réflexologie ...)
- ✓ Services : réseau de soins Santéclair, protection juridique
- ✓ Télétransmission des décomptes
- ✓ Tiers payants

PRESTATIONS D'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation supérieure à 3 jours ou en ambulatoire : enveloppe de services et aides à domicile
- ✓ Assistance en cas de maladie redoutée (ALD) : enveloppe de services et aides à domicile

Les exclusions et limites des prestations d'assistance sont détaillées dans la convention Cocoon Assistance ref 922623.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour,
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport sanitaire.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière (en hospitalisation)** : la prise en charge varie entre 30 € et 55 € par jour, avec une limitation de 30j/an.
- ! **Frais d'accompagnant** : varie entre 0€ et 20€/ jours avec une limitation de 30j/an
- ! **Dentaire** : le plafond de remboursement par an et par bénéficiaire varie entre 1000€ et 1500€.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement optique tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Médecine douce** (Booster Santé) : varie de 0€ à 50€ par séance limitée à 3 séances/an et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert ?

En France et à l'étranger dans la mesure où les dépenses de santé ont fait l'objet d'un remboursement préalable d'un régime obligatoire d'assurance maladie français et que les séjours en-dehors de France ne dépassent pas 2 mois par an en une ou plusieurs périodes. Les prestations d'assistance sont accordées uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie, vous devez :

Lors de l'adhésion au contrat :

- Compléter avec exactitude le formulaire ou la demande d'adhésion,
- Fournir tous les documents justificatifs demandés,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours d'adhésion :

- Déclarer les événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements ces événements sont susceptibles d'entraîner une modification de la cotisation) :
 - Changement de situation : changement d'adresse, changement d'état civil, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie, changement de compte bancaire,
 - Changement de profession : dans ce cas, fournir les justificatifs nécessaires à la prise en compte de la modification.

En cas de sinistre :

- Pour obtenir le règlement des prestations, fournir les décomptes originaux de votre régime obligatoire (en l'absence de télétransmission), les originaux des notes d'honoraires ou des factures acquittées justifiant des dépenses engagées. Les demandes de remboursement sont à adresser dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement, à la date indiquée sur le Certificat d'Adhésion. Le paiement est accepté uniquement par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'Adhésion prend effet à la date indiquée sur le au Certificat d'adhésion sous réserve du paiement de la 1ere cotisation.

Elle est conclue pour une durée d'un an et se reconduit automatiquement sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

A l'issue de la 1ere année d'adhésion, l'Adhérent a la possibilité d'y mettre fin à tout moment en procédant à sa résiliation. La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en ait reçu notification par l'assuré, par lettre ou tout autre support durable.

Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction à la date d'échéance sauf résiliation notifiée par l'Assureur moyennant le respect d'un délai de préavis de deux (2) mois.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première année d'adhésion, sans frais ni pénalité.
- Dans le délai d'un an à compter de la date d'adhésion :
 - en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
 - dans les 30 jours qui suivent l'envoi de la notification de l'évolution tarifaire,
 - dans le cas où l'Adhérent est tenu de s'affilier, à titre professionnel, à un contrat d'assurance à adhésion obligatoire offrant des garanties de remboursement complémentaire santé.