



SwissLife

SwissLife Prévoyance Indépendants

Notice d'information

Votre contrat en quelques mots

L'essentiel : votre contrat en quelques mots

SwissLife Prévoyance Indépendants est une offre de prévoyance complète et modulable. Ce résumé vous présente les points clés du fonctionnement de votre contrat et ne saurait se substituer aux dispositions de votre notice d'information et n'a pas de valeur contractuelle.

Les conditions et modalités d'application de garanties sont décrites dans la notice d'information de votre contrat SwissLife Prévoyance Indépendants.

Les schémas simplifiés ci-après sont présentés à titre indicatif et n'ont pas de valeur contractuelle.

I. Quelles conditions devez-vous réunir pour adhérer à SwissLife Prévoyance Indépendants ?

1	2	3	4
Être membre de l'AGIS (Association générale interprofessionnelle de solidarité).	Être âgé de moins de 63 ans (dérogation possible).	Être à jour du paiement des cotisations à vos régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance retraite.	Exercer une activité professionnelle en tant que TNS ou de professionnel libéral, y compris profession paramédicale ; conjoint collaborateur ; mandataire social regroupant l'une des fonctions suivantes : président ou dirigeant de SA, SAS, SASU, SELAS ou SELAFA ou gérant minoritaire ou égalitaire de SARL ou SELARL.

Pour les conditions et modalités d'application, référez-vous au chapitre 2 de la notice d'information.

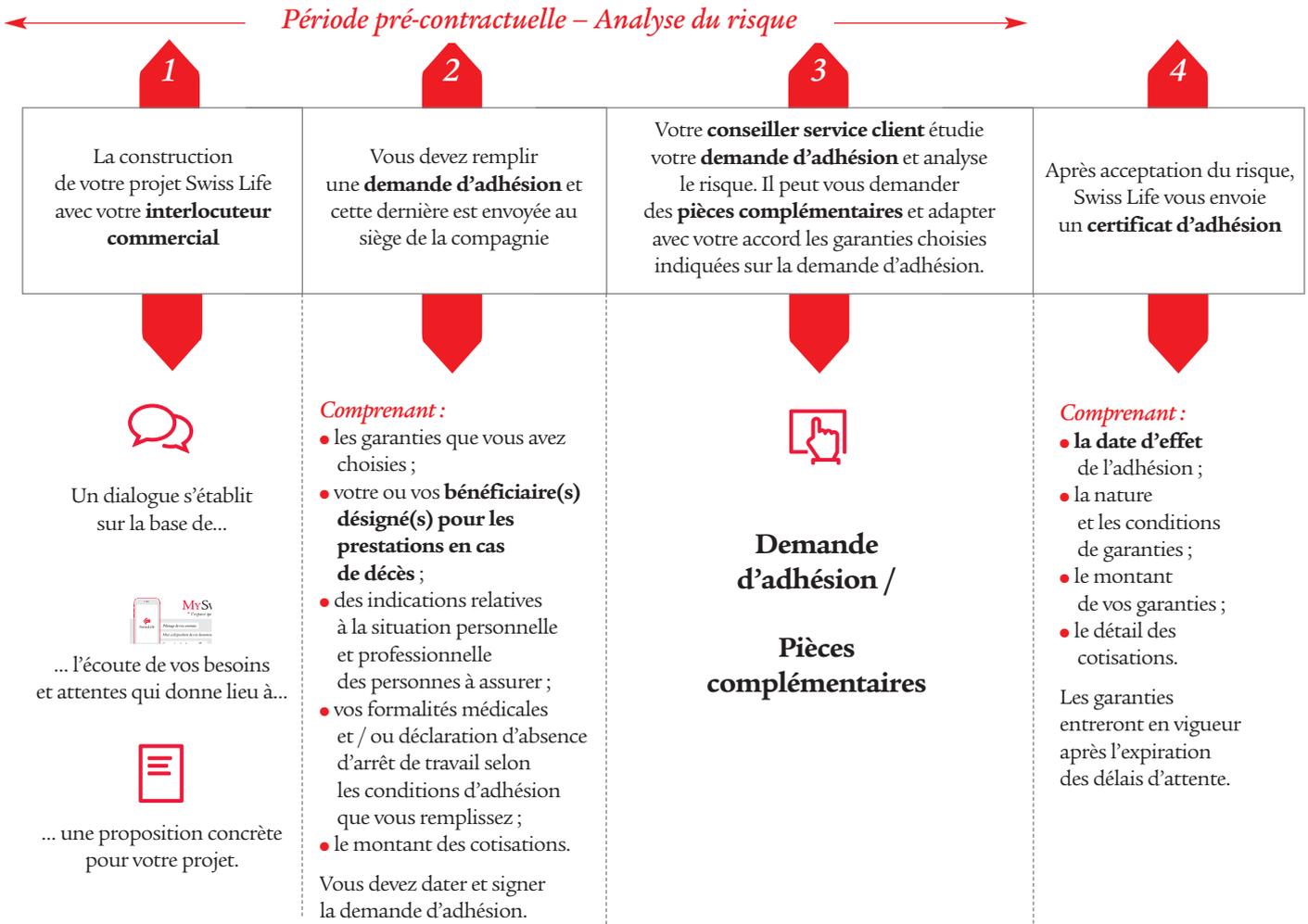
II. Que garantissent les contrats Swiss Life Prévoyance Indépendants ?

Les garanties que vous avez choisies (et qui ont été acceptées par l'assureur) sont précisées sur votre certificat d'adhésion.

1. En cas de décès ou Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)	2. En cas d'arrêt de travail
<ul style="list-style-type: none"> ● Capital décès ou PTIA : somme versée en une seule fois à votre (vos) bénéficiaire(s) désigné(s). ● Capital décès accidentel. ● Double effet. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Maintien de revenus : incluant deux couvertures en cas de perte de revenus : <ul style="list-style-type: none"> – indemnités journalières versées en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou en cas de mi-temps thérapeutique ; – rente versée en cas d'incapacité de travail permanente, totale ou partielle.
<ul style="list-style-type: none"> ● Rente éducation : rente temporaire versée aux enfants désignés. Le montant de la rente varie selon l'âge de l'enfant bénéficiaire désigné. Pensez à ajouter vos enfants nés en cours d'adhésion. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Frais généraux : indemnités journalières garantissant le remboursement des frais généraux de l'entreprise.
<ul style="list-style-type: none"> ● Rente viagère de conjoint : rente versée à votre conjoint jusqu'au décès de ce dernier. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dividendes : indemnités journalières versées pour garantir le maintien de votre rémunération issue des dividendes. <i>Cette garantie est réservée aux gérants et associés visés à l'article 62 du Code général des impôts.</i>
<p style="text-align: center;">Options</p> <p>En complément d'au moins une des garanties décès ci-dessus, vous pouvez choisir une ou plusieurs des options suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● uniquement en complément de la garantie capital décès / PTIA, le versement d'un capital maladie grave ; ● versement d'un capital infirmité par accident ; ● versement d'un capital frais d'obsèques. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Des garanties d'assistance (voir le détail et les conditions de ces garanties dans la convention d'assistance prévoyance SWISS 2183).

Pour les conditions et modalités d'application, référez-vous au chapitre 3 de la notice d'information.

III. Comment fonctionne votre adhésion ?



Règlement des prestations



Pour plus de détails et d'informations, référez-vous aux chapitres 2 et 5 de la présente notice.

Vous avez une interrogation sur votre contrat ? Besoin d'un document ou de contacter votre conseiller ? MySwissLife est là pour vous.



MySwissLife

l'espace qui nous rapproche

Pilotage de vos contrats

Mise à disposition de vos documents

Connexion à votre conseiller

Disponible sur
App Store

DISPONIBLE SUR
Google Play

Ou connectez-vous sur myswisslife.fr

Pensez à vous munir
de votre identifiant personnel
et de votre mot de passe



Notice d'information

Sommaire

<i>Lexique</i>		9
<i>Chapitre 1</i>	<i>Quelles sont les solutions prévoyance offertes par SwissLife Prévoyance Indépendants ?</i>	11
	1.1. Introduction	11
	1.2. Que garantissent les contrats SwissLife Prévoyance Indépendants ?	11
	1.3. Que se passe-t-il en cas de révision des contrats ?	11
<i>Chapitre 2</i>	<i>Le fonctionnement de votre adhésion</i>	12
	2.1. Quelles conditions devez-vous réunir pour adhérer à SwissLife Prévoyance Indépendants ?	12
	2.2. Conclusion de l'adhésion, date d'effet et durée	12
	2.3. Comment renoncer à votre adhésion ?	13
	2.4. Quels sont les différents cas de résiliation ou de cessation de votre adhésion ?	13
	2.5. Comment sont calculées vos cotisations ?	13
	2.6. La prescription	14
	2.7. Quand intervient la subrogation ?	15
	2.8. Quelle procédure devez-vous observer en cas de litiges ou réclamations ?	15
	2.9. Protection des données à caractère personnel	16
	2.10. L'autorité de contrôle	16
	2.11. Dispositions relatives à la dématérialisation et aux opérations en ligne valant convention de preuve	16
<i>Chapitre 3</i>	<i>Que garantissent les contrats SwissLife Prévoyance Indépendants ?</i>	18
	3.1. Le fonctionnement des garanties	18
	3.2. Les garanties en cas de décès ou PTIA et les options associées	19
	3.3. Les garanties « maintien de revenus » versées sous forme de rente ou d'indemnités journalières	21
	3.4. La garantie remboursement des frais généraux	24
	3.5. La garantie des dividendes	24
<i>Chapitre 4</i>	<i>Les exclusions et limitations de vos garanties</i>	26
	4.1. Exclusions de garanties	26
	4.2. Limitations de garanties	26
<i>Chapitre 5</i>	<i>Comment mettre en œuvre le règlement de vos prestations</i>	27
	5.1. Règlement des prestations en cas de décès	27
	5.2. Règlement des prestations pour les autres garanties	27
	5.3. Contrôle et expertise médicale	27
	5.4. Aggravation indépendante de l'événement garanti	28
<i>Annexe 1</i>	<i>Barèmes professionnels</i>	29
<i>Annexe 2</i>	<i>Convention d'assistance prévoyance</i>	31

Lexique

Accident

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

Acte de terrorisme

L'assureur se fonde sur l'article 421-1 du Code pénal. Toute évolution de cet article sera applicable au présent contrat.

Constituent des actes de terrorisme, lorsqu'elles sont intentionnellement en relation avec une entreprise individuelle ou collective ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur, les infractions suivantes :

1. les atteintes volontaires à la vie, les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, l'enlèvement et la séquestration ainsi que le détournement d'aéronef, de navire ou de tout autre moyen de transport, définis par le livre II du présent code ;
2. les vols, les extorsions, les destructions, dégradations et détériorations, ainsi que les infractions en matière informatique définis par le livre III du présent code ;
3. les infractions en matière de groupes de combat et de mouvements dissous définies par les articles 431-13 à 431-17 et les infractions définies par les articles 434-6 et 441-2 à 441-5 ;
4. les infractions en matière d'armes, de produits explosifs ou de matières nucléaires définies par le I de l'article L. 1333-9, les articles L. 1333-11 et L. 1333-13-2, le II des articles L. 1333-13-3 et L. 1333-13-4, les articles L. 1333-13-6, L. 2339-2, L. 2339-5, L. 2339-8 et L. 2339-9 à l'exception des armes de la 6^e catégorie, L. 2339-14, L. 2339-16, L. 2341-1, L. 2341-4, L. 2341-5, L. 2342-57 à L. 2342-62, L. 2353-4, le 1^o de l'article L. 2353-5 et l'article L. 2353-13 du Code de la défense ;
5. le recel du produit de l'une des infractions prévues aux 1. à 4. ci-dessus ;
6. les infractions de blanchiment prévues au chapitre IV du titre II du livre III du présent code ;
7. les délits d'initié prévus à l'article L. 465-1 du Code monétaire et financier.

Activité exclusive de direction

Activité de gestion d'entreprise sans aucune activité manuelle.

Adhérent

La personne signant l'adhésion et désignée au certificat d'adhésion. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies à l'adhésion et figurant dans la notice d'information.

Affections psychologiques et psychiatriques

Sont visés par le présent contrat les affections psychiatriques, psychoneurologiques, psychosomatiques, les états dépressifs de toute nature, les états anxio-dépressifs, schizophrénie, les syndromes anxieux, les états névrotiques, les fibromyalgies, les syndromes de fatigue chronique, les « burn out », les syndromes d'épuisement professionnel, les troubles de l'adaptation et du stress.

Arrêt de travail

L'arrêt de travail se définit comme suit :

- **incapacité temporaire totale de travail** : impossibilité momentanée pour l'assuré d'exercer son activité professionnelle pour cause d'altération de son état de santé par suite de maladie ou d'accident (tels que définis dans le lexique), reconnue médicalement ;
- **invalidité permanente totale ou partielle** : réduction de l'intégrité physique ou intellectuelle de l'assuré ayant acquis un caractère stable et présumé définitif, par suite de maladie ou d'accident, reconnue médicalement.

Assuré

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) au certificat d'adhésion, sur laquelle (lesquelles) repose(nt) le risque assuré. Il est en principe l'adhérent du contrat.

Assureur

- SwissLife Prévoyance et Santé qui assure les garanties maintien de revenus.
- SwissLife Assurance et Patrimoine qui assure les garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie.

Attentat

L'assureur se fonde sur l'article 412-1 du Code pénal. Toute évolution de cet article sera applicable au présent contrat. Constitue un attentat le fait de commettre un ou plusieurs actes de violence de nature à mettre en péril les institutions de la République ou à porter atteinte à l'intégrité du territoire national.

Bénéficiaire des garanties en cas de décès

La (les) personne(s) désignée(s) par l'assuré, mentionnée(s) au certificat d'adhésion et au profit de laquelle (desquelles) l'assureur verse les indemnités prévues.

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

- en priorité à son conjoint non séparé de corps ni divorcé, ou son partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut à ses héritiers.

Conjoint collaborateur

Il s'agit d'une personne travaillant bénévolement dans l'entreprise de son conjoint marié ou pacsé et ayant choisi le statut de collaborateur non rémunéré défini par le décret n° 2006 - 966 du 1^{er} août 2006 (les conjoints associés ou salariés n'ont pas ce statut).

Date de consolidation

Date à laquelle, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, les lésions ou séquelles consécutives à une maladie ou à un accident prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation. La date de consolidation est définie par une autorité médicale.

Date d'effet

Date à laquelle votre adhésion prend effet. Elle est reprise sur le certificat d'adhésion.

Déchéance

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

Délai d'attente

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Tout événement survenant pendant le délai d'attente ainsi que ses suites, conséquences et récidives ne sont jamais garantis pendant toute la durée de l'adhésion. Le point de départ de cette période est la date d'effet de votre adhésion indiquée au certificat d'adhésion.

Échéance anniversaire

Date de renouvellement de l'adhésion pour laquelle une nouvelle cotisation annuelle d'assurance est due. Elle est précisée sur le certificat d'adhésion.

Enfants à charge

Sont considérés comme tels les enfants de l'assuré :

- de moins de 18 ans rattachés au foyer fiscal de l'assuré ;
- âgés de 18 à 26 ans fiscalement à charge de l'assuré, à condition qu'ils ne perçoivent pas de revenu propre supérieur à 50 % du smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;
- enfants âgés de 26 ans au plus, non fiscalement à charge, mais pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire à la suite d'une décision de justice ;

- enfants handicapés âgés de moins de 21 ans et pour lesquels est versée l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;
- enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré, jusqu'à leur 26^e anniversaire.

Il peut s'agir non seulement des propres enfants de l'assuré mais également des enfants que celui-ci a recueillis à son foyer fiscal.

Franchise

Période qui débute le premier jour d'arrêt de travail et pendant laquelle aucune prestation n'est due.

Grossesse pathologique

Une grossesse est dite pathologique lorsqu'au cours de son évolution survient un phénomène pathologique médicalement constaté et traité, à l'exclusion de toute considération socio-professionnelle ou de convenances personnelles.

Les seules complications qui seront garanties au titre d'un arrêt de travail pour grossesse pathologique sont :

- la menace d'accouchement prématuré nécessitant une hospitalisation et / ou un traitement médical utérorelaxant (ouverture anormale du col objectivée par échographie) ;
- la grossesse extra-utérine ;
- la fausse couche spontanée ;
- la môle hydatiforme ;
- le choriocarcinome ;
- la toxémie gravidique et l'hyper-tension artérielle (HTA) gravidique ;
- l'hématome rétroplacentaire ;
- le placenta praevia.

Hospitalisation

Séjour, en qualité de patient, prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident.

Intervention chirurgicale

Intervention pratiquée par un chirurgien, à la suite d'une maladie ou d'un accident, en clinique ou hôpital (y compris acte chirurgical ambulatoire). **Les actes de chirurgie faits dans un cabinet médical ne sont pas pris en compte.**

Maladie

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

La grossesse pathologique est assimilée contractuellement au risque maladie.

Mandataire social

Le mandataire social est une personne physique qui a été mandatée par une personne morale pour agir en son nom. À cet égard, elle dispose de l'autorité pour représenter la société auprès des tiers.

Nous

« Nous » désigne l'assureur.

Nullité

Sanction entraînant l'annulation du contrat d'assurance, c'est-à-dire que le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

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

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

Rechute

Nouvelle manifestation d'une affection ayant déjà donné lieu à une indemnisation dans les conditions prévues au contrat.

Résiliation

C'est la cessation de l'adhésion.

Subrogation

En cas de dommage causé par un tiers responsable, l'assureur exercera son recours à l'encontre de ce dernier, conformément aux articles L. 121-12 et L. 131-2 du Code des assurances, à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

Vous

« Vous » désigne l'adhérent.

Chapitre 1

Quelles sont les solutions prévoyance offertes par SwissLife Prévoyance Indépendants ?

1.1. Introduction

SwissLife Prévoyance Indépendants est une offre de prévoyance complète, modulable et personnalisable destinée aux professions libérales, y compris médicales et paramédicales, artisans, commerçants et exploitants agricoles. Cette offre vous permet de vous protéger ainsi que votre famille, en cas de décès ou d'arrêt de travail.

SwissLife Prévoyance Indépendants est composé de plusieurs contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrits par l'Association générale interprofessionnelle de solidarité (AGIS), association loi 1901, dont le siège est situé 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret, auprès de SwissLife Prévoyance et Santé pour les garanties relevant des branches 1 (accident) et 2 (maladie) de l'article R. 321-1 du Code des assurances, et SwissLife Assurance et Patrimoine pour les garanties relevant de la branche 20 (vie-décès) de l'article R. 321-1 du Code des assurances.

L'AGIS est une association souscriptrice qui a pour objet de conclure en faveur de ses membres des contrats d'assurance de groupe auprès d'organismes assureurs. En sa qualité de souscriptrice, elle veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres.

Chaque membre de l'association dispose d'un droit de vote à l'assemblée générale.

Les contrats entre l'AGIS et l'assureur prennent effet le 1^{er} janvier 2010, et se renouvellent par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

En cas de résiliation des contrats entre l'AGIS et l'assureur :

- aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ;
- chaque assuré garanti par ces contrats au moment de la résiliation, pourra le demeurer jusqu'à la fin des garanties.

L'adhésion aux contrats SwissLife Prévoyance Indépendants est régie par la loi française, notamment le Code des assurances. L'adhésion est soumise à la réglementation fiscale française. Les parties s'engagent à utiliser, pendant toute la durée de l'adhésion, la langue française.

1.2. Que garantissent les contrats SwissLife Prévoyance Indépendants ?

Vous adhérez librement aux contrats suivants :

- le contrat n° 3011 prévoit le versement de prestations en cas de décès et le versement de revenus de remplacement sous forme de rentes ou d'indemnités journalières. Ce contrat est souscrit dans le cadre de la fiscalité Madelin – article 154 bis du Code général des impôts ;
- le contrat n° 3012 prévoit le versement de prestations en cas de décès et le versement de revenus de remplacement sous forme de rentes ou d'indemnités journalières. Il permet également de couvrir les dividendes et les frais généraux. Ce contrat n'est pas éligible à la fiscalité Madelin – article 154 bis du Code général des impôts.

Les dispositions de la notice d'information qui suivent s'appliquent à l'ensemble des contrats.

1.3. Que se passe-t-il en cas de révision des contrats ?

L'AGIS et l'assureur peuvent, d'un commun accord, réviser un ou plusieurs des contrats souscrits. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents.

Vous pouvez résilier votre adhésion en raison de ces modifications. Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des nouvelles conditions ; le non-paiement entraîne la résiliation de l'adhésion, conformément à l'article 2.5.4. de la présente notice d'information.

Chapitre 2

Le fonctionnement de votre adhésion

2.1. Quelles conditions devez-vous réunir pour adhérer à SwissLife Prévoyance Indépendants ?

2.1.1. Qui peut adhérer ?

Pour pouvoir adhérer, toute personne physique membre de l'AGIS doit remplir les conditions suivantes :

- être âgée de moins de 63 ans [cependant, sur demande expresse de votre part, l'assureur étudiera votre dossier si vous êtes âgé(e) de 63 ans ou plus] ;
- être à jour du paiement des cotisations à ses régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance retraite ;
- exercer une activité professionnelle en tant que :
 - travailleur non salarié ou de professionnel libéral, y compris les professions médicales et paramédicales ;
 - conjoint collaborateur ;
 - mandataire social appartenant à l'une de ces catégories suivantes : président ou dirigeant de société anonyme (SA), société par actions simplifiées (SAS, SASU), société d'exercice libéral par actions simplifiées (SELAS), société d'exercice libéral à forme anonyme (SELAFA) ou gérant minoritaire ou égalitaire de société à responsabilité limitée (SARL) ou de société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL).

Le mandataire social (assimilé salarié) ne pourra pas, au titre de son mandat social, bénéficier des garanties frais généraux et dividendes. Il ne pourra choisir la garantie maintien de revenus qu'en complément de la garantie décès et dans les conditions prévues par l'assureur.

2.1.2. Quelles sont les formalités d'adhésion ?

Vous devez remplir, dater et signer une demande d'adhésion comportant :

- les garanties choisies ;
- le(s) bénéficiaire(s) des garanties en cas de décès ;
- les indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer ;
- une déclaration d'absence d'arrêt de travail ou une déclaration d'état de santé ou un questionnaire de santé selon votre âge, le montant des capitaux assurés et des garanties choisies ;
- un questionnaire spécifique peut vous être demandé selon votre profession et le niveau de garanties demandées.

Un complément d'information ou des formalités médicales complémentaires, réalisées à nos frais, peuvent être demandés lors de l'étude du dossier.

L'acceptation de votre adhésion est conditionnée aux réponses aux différents questionnaires, mais également au regard de vos activités professionnelles le cas échéant.

2.1.3. Comment et quand déclarer le risque ?

Au moment de l'adhésion

Après étude de vos déclarations, notamment celles relatives à votre état de santé, vos antécédents médicaux de tous ordres, le fait que vous soyez fumeur ou non-fumeur, vos activités professionnelles, vos déplacements à l'étranger, nous pouvons exclure, ajourner ou refuser tout ou partie des garanties, en diminuer certaines ou appliquer une surprime.

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

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

En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il peut être fait application des articles L. 113-9 et L. 132-26 du Code des assurances.

En cours d'adhésion

En cours d'adhésion, vous devez nous informer en application de l'article L. 113-2 du Code des assurances de tout changement de votre situation, et notamment :

- le fait que vous vous mettiez ou que vous vous remettiez à fumer, même occasionnellement, alors que lors de votre adhésion, vous déclariez être non-fumeur ;
- un changement de profession ou une modification des conditions d'exercice de votre activité professionnelle (exemple : déplacement à l'étranger hors Union européenne de plus 60 jours) ;
- la cessation ou la réduction d'activité professionnelle (exemple : fermeture temporaire ou définitive de votre entreprise), ainsi qu'un départ en retraite ;
- un changement de statut pouvant entraîner une modification de votre adhésion ;
- le changement de votre domicile ou sa fixation hors de France ;
- la cessation ou le changement d'affiliation au régime obligatoire ;
- l'évolution de votre situation familiale ainsi que de vos revenus ou de vos frais généraux, afin d'ajuster au mieux vos garanties.

Vous devez nous faire part de ces déclarations en cours de contrat, par lettre recommandée à notre siège social ou à notre représentant, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

2.2. Conclusion de l'adhésion, date d'effet et durée

L'adhésion est conclue par l'accord entre vous, l'adhérent, et nous, l'assureur.

Tout ce qu'il faut savoir sur votre adhésion

- Notre acceptation est matérialisée par l'émission d'un **certificat d'adhésion** qui indique la date d'effet de l'adhésion, la date d'échéance anniversaire, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail de votre cotisation.
- **La date de conclusion** de l'adhésion est celle de notre acceptation qui vous sera indiquée sur le certificat d'adhésion.
- L'adhésion prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la première cotisation.
- L'adhésion est conclue pour **une durée annuelle**. Elle est **reconduite tacitement** d'année en année à chaque échéance anniversaire.
- Elle prend fin à l'extinction de la totalité de vos garanties d'assurance.
- L'adhésion prend fin également lors de la mise en œuvre des garanties décès ou perte totale et irréversible d'autonomie.

2.3. Comment renoncer à votre adhésion ?

Vous pouvez renoncer à votre adhésion dans **un délai de 30 jours calendaires révolus** à compter de la date de conclusion de votre adhésion, ou de réception de votre certificat d'adhésion si cette date est postérieure. Pour ce faire, il suffit de nous adresser une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, selon le modèle suivant :

Je soussigné(e) (*prénom et nom*), demeurant à (*adresse*) demande à renoncer aux garanties prévues par le contrat n° (*numéro de contrat*) que j'ai signé le (*date*).

(*Si des cotisations ont été versées*) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées.

Date et signature

Dans les 30 jours à compter de la réception de votre lettre, nous vous rembourserons l'intégralité des sommes versées.

2.4. Quels sont les différents cas de résiliation ou de cessation de votre adhésion ?

2.4.1. À votre initiative

Vous pouvez résilier vos contrats :

- chaque année à l'échéance anniversaire. Pour ce faire, **une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique doit nous être adressé(e) au plus tard 2 mois avant cette date**. Vous pouvez également utiliser tout autre moyen prévu à l'article L. 113-14 du Code des assurances ;
- en cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au certificat d'adhésion ou en cas de diminution du risque et si nous refusons de réduire vos cotisations en conséquence (article L. 113-4 du Code des assurances) ;
- en cas de cessation définitive d'activité professionnelle entraînant une modification dans la nature et la portée des garanties ;
- en cas de révision des cotisations selon les dispositions du paragraphe « En fonction des résultats techniques » de l'article 2.5.2. de la présente notice d'information.

N.B. : L'ajustement des cotisations en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation.

2.4.2. À notre initiative

Dans les deux premières années d'adhésion

L'assureur peut résilier votre adhésion à l'échéance anniversaire moyennant un préavis de 2 mois.

Cependant, par dérogation à l'alinéa précédent, l'assureur s'interdit expressément l'utilisation de ce droit si l'adhésion vient en remplacement d'un contrat de même nature, avec des garanties demandées équivalentes et de mêmes montants, souscrit auprès d'un autre organisme, et sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'interruption de couverture entre ces deux adhésions.

Après deux ans d'adhésion

Nous ne pourrions plus résilier l'adhésion et le contrat sera maintenu jusqu'au terme des garanties indiqué au certificat d'adhésion, sauf pour les motifs suivants :

- non-paiement des cotisations ;

- réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si vous n'acceptez pas le tarif proposé ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues ; **étant précisé que l'assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse ;**
- en cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (article L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L. 641-11-1 du Code de commerce) de l'adhérent et dans le respect des dispositions de ces articles.

2.4.3. De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'assureur.
- Lors de votre décès.
- À la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans, sauf cas particuliers précisés à l'article 3.2.1. de la présente notice.

Dans tous les cas, les garanties indemnités journalières, rente invalidité et remboursement des frais généraux cessent à compter de l'âge à partir duquel vous pouvez faire valoir vos droits à la retraite. Si des prestations sont en cours de versements, celles-ci cessent également à cette date.

2.4.4. La forme de la résiliation

La résiliation de l'adhésion à votre initiative doit être notifiée par lettre recommandée à notre siège social : Swiss Life – Service souscription et résiliation – CS 50003 – 59897 Lille Cedex 09, ou par envoi recommandé électronique, ainsi que par tout autre moyen visé à l'article L. 113-14 du Code des assurances.

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

Dans le cas de résiliation au cours de la période annuelle d'assurance, la cotisation payée vous sera remboursée au prorata de la période non courue sauf en cas de :

- non-paiement des cotisations ;
- réticence ou fausse déclaration à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

2.4.5. Quelles sont les conséquences de la résiliation sur le droit aux prestations ?

En cas de résiliation de votre adhésion, la garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation, mais le versement des prestations au titre d'un arrêt de travail survenu pendant la période de garantie est maintenu dans la limite de la durée contractuellement prévue.

2.5 Comment sont calculées vos cotisations ?

2.5.1. Le montant des cotisations

Le montant de la cotisation se calcule en fonction :

- de votre âge, à la prise d'effet de l'adhésion, selon les tranches d'âge suivantes : moins de 26 ans / 26 – 30 ans / 31 – 35 ans / 36 – 40 ans / 41 – 45 ans / 46 – 50 ans / 51 – 55 ans / 56 – 60 ans / 61 – 62 ans ;
- de votre activité professionnelle déclarée et des conditions d'exercice de votre profession ;
- du fait que vous soyez fumeur ou non ;
- du montant des indemnités et des garanties que vous avez souscrites ;
- et des conditions d'acceptation médicale.

2.5.2. Évolution des cotisations

En fonction de l'âge

Pour tenir compte de l'augmentation du risque liée à votre âge, les cotisations sont réajustées automatiquement, à chaque échéance principale selon l'âge atteint et en application du barème suivant :

Tranches d'âge	Taux annuel d'évolution des cotisations	
	Capital décès, rente viagère de conjoint, rente éducation et capital maladie grave	Garanties maintien de revenus, couverture des dividendes et remboursement des frais généraux
18 – 30 ans	cotisation constante	3 %
31 – 40 ans	3 %	3 %
41 – 45 ans	5 %	3 %
46 – 60 ans	7 %	4 %
61 – 65 ans	10 %	5 %
66 – 70 ans	12 %	5 %

À partir de l'échéance principale suivant vos 70 ans, la garantie décès toutes causes en capital se poursuit selon les conditions évoquées à l'article 3.2.1. de la présente notice et la cotisation correspondante n'est plus soumise à l'ajustement en fonction de l'âge.

Dans le cas où le capital doit être ajusté à 250 000 euros à l'échéance principale suivant vos 70 ans, la cotisation est recalculée à cette date pour tenir compte de cette baisse de garantie.

Les cotisations des options « capital infirmité consécutive à un accident » et « allocation frais d'obsèques » n'évoluent pas en fonction de l'âge.

L'ajustement de la cotisation en fonction de l'âge ne peut pas constituer un motif de résiliation à votre initiative.

En fonction des résultats techniques

Nous pouvons être amenés à modifier notre tarif, en cas d'aggravation du caractère technique général, telle que l'augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres.

Cette modification du tarif sera établie d'un commun accord entre l'AGIS et l'assureur. Toute modification du tarif devra vous être notifiée selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances, et prendra effet à l'échéance anniversaire de l'adhésion. Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion sans préavis jusqu'à la date de la modification, cachet de la poste faisant foi.

En cas de modifications législatives et / ou réglementaires

Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par votre régime obligatoire et / ou toutes modifications législatives et réglementaires. Dans ce cas, la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement, ou à la prochaine échéance anniversaire du contrat.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions ; toute modification ou ajout de taxe ou contribution obligatoire de toute nature impliquera une variation de cotisations.

Le montant de la cotisation est indexé annuellement tel que le prévoit l'article 3.1.5. de la présente notice.

2.5.3. Le paiement de vos cotisations

Les cotisations sont payables annuellement et par avance. Nous pouvons accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels. Le paiement par fractionnement mensuel de la cotisation se fait uniquement par prélèvement automatique. Pour les autres fractionnements, vous pouvez régler par chèque ou par prélèvement automatique depuis votre compte bancaire.

2.5.4. Le non-paiement de vos cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur adresse une mise en demeure à l'adhérent, conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances. Si la cotisation n'a pas été acquittée dans les 30 jours suivants cet envoi, la garantie est de plein droit suspendue et sera résiliée par l'assureur à compter du 41^e jour.

Si les garanties décès sont souscrites seules, l'assureur adresse une lettre recommandée informant l'adhérent qu'après l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera la résiliation de l'adhésion.

2.5.5. L'exonération du paiement de vos cotisations

Cette garantie est réservée aux personnes ayant retenu la garantie maintien de revenus en cas d'incapacité temporaire de travail.

À compter du 91^e jour d'arrêt de travail continu, garanti et indemnisé au titre de votre adhésion, vous êtes exonéré du paiement des cotisations dues pendant la durée de l'incapacité temporaire ou de l'invalidité permanente, et ce pour toutes les garanties souscrites.

L'exonération prend fin dès la cessation de l'indemnisation de votre arrêt de travail et au plus tard lorsque vous avez atteint l'âge de faire valoir vos droits à la retraite, et en tout état de cause à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

En cas reprise à mi-temps thérapeutique, l'exonération des cotisations cesse. Les cotisations seront calculées sur la base du revenu effectivement perçu (hors indemnités journalières du régime obligatoire).

2.6. La prescription

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

Articles L. 114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2., les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L. 114-2 – Causes d'interruption de la prescription

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

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

Article L. 114-3 – Caractère d'ordre public de la prescription

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.

Causes ordinaires d'interruption

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

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

Article 2240 du Code civil

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

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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

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

Article 2246 du Code civil

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

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2019 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

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

Article 2235 du Code civil

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

Article 2236 du Code civil

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

Article 2237 du Code civil

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

Article 2238 du Code civil

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

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

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

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

2.7. Quand intervient la subrogation ?

Conformément aux articles L. 121-12 et L. 131-2 du Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'assureur pour exercer son recours, en cas de sinistre, contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des prestations et indemnités versées en application de cette adhésion.

2.8. Quelle procédure devez-vous observer en cas de litiges ou réclamations ?

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, vous êtes invité, dans un premier temps, à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (conseiller commercial ou service client).

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez vous adresser à notre service réclamations :

SwissLife Prévoyance et Santé
Service réclamations
TSA 36003
59781 Lille Cedex

En dernier recours : la Médiation de l'Assurance

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie qu'après épuisement des procédures internes, en remplissant le formulaire accessible depuis le site <https://www.mediation-assurance.org>, ou à l'adresse suivante :

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

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

2.9. Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité filiale de la holding Swiss Life France (dénommée groupe Swiss Life France) mentionnée sur ce document.

Les données collectées sont utilisées par les sociétés d'assurance du groupe Swiss Life France, à savoir SwissLife Assurance et Patrimoine, SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurances de Biens :

- pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat ;
- pour être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;
- pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer votre situation ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront vous être proposées.

Vos données sont également transmises entre les trois sociétés d'assurance du groupe, telles que mentionnées ci-avant, destinataires de l'information ainsi qu'à leurs mandataires, partenaires et réassureurs ou organismes habilités au sein du groupe Swiss Life France pour les besoins de ces opérations.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données vous concernant. Vous avez aussi la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès ou choisir d'en limiter l'usage. Si vous avez consenti de manière expresse à certaines utilisations de vos données, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de votre contrat.

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour un motif légitime.

Vous pouvez également vous opposer à recevoir par SMS et mail des offres commerciales de la part des trois sociétés d'assurance du groupe Swiss Life France (SwissLife Assurance et Patrimoine, SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurances de Biens) pour des services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à vos droits, vous pouvez vous adresser à la direction gouvernance et qualité de la donnée : 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret. Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil. Vous pouvez également écrire à notre délégué à la protection des données (DPO) : 7, rue Belgrand 92300 Levallois-Perret (dposwisslife@swisslife.fr).

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

Notre politique de protection des données à caractère personnel reflète les valeurs de Swiss Life, pour plus d'informations :

<http://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees>

Nous pourrions vous l'expédier à votre demande et gratuitement à l'adresse indiquée dans votre contrat.

2.10. L'autorité de contrôle

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située au 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

2.11 Dispositions relatives à la dématérialisation et aux opérations en ligne valant convention de preuve

2.11.1 Dématérialisation des échanges entre l'adhérent et l'assureur

Dès lors que l'adhérent transmet à l'assureur une adresse de courrier électronique valide, l'assureur pourra délivrer toutes informations et, plus généralement, adresser toutes correspondances quelconques à l'adhérent par voie électronique, à savoir, sur le site internet ou par courrier électronique (e-mail).

À ce titre et conformément aux dispositions de l'article L. 111-10 du Code des assurances, l'assureur vérifie la validité de cette adresse de courrier électronique par l'envoi d'un e-mail à cette même adresse en invitant l'adhérent à cliquer sur un lien aux fins de validation.

L'adhérent est informé que l'assureur reproduira cette vérification annuellement afin de lui permettre de poursuivre la communication dématérialisée avec l'adhérent et de considérer que ce moyen est adapté à la situation de l'adhérent.

Ainsi, dans l'hypothèse où l'adhérent ne valide pas son adresse électronique lors de l'une de ces vérifications annuelles, il ne sera plus considéré par l'assureur comme éligible aux échanges dématérialisés. Il appartiendra alors à l'adhérent, soit de valider son adresse de courrier électronique conformément à la procédure décrite ci-avant, soit de contacter l'assureur pour la remise en place du service.

Il appartient à l'adhérent d'aviser immédiatement l'assureur de tout changement d'adresse e-mail

L'adhérent déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par l'assureur sur support électronique sur le site Internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra lui être valablement opposé par l'assureur.

Pour conserver un envoi postal, sans frais, l'adhérent pourra adresser sa demande par courrier, en indiquant son identifiant personnel ainsi que son adresse e-mail, à Swiss Life - Service support papier - 1, rue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 1.

2.11.2 Opérations transmises par voie électronique (« opérations en ligne »)

Durant la durée de son contrat, l'adhérent a la faculté de demander certaines opérations par le site Internet : <http://www.swisslife.fr> au travers de son espace client sécurisé.

Le site mis à disposition de l'adhérent lui permet d'effectuer des demandes d'opérations. Les demandes ou les validations de l'adhérent sur le site sont transmises directement par voie électronique à l'assureur ; l'assureur les exécute comme demandes d'opérations de l'adhérent, dans les délais éventuellement prévus au contrat, courant à compter de la demande ou de la validation de l'adhérent. Ces demandes et validations sont, aux termes du présent contrat, des opérations en ligne.

Cette possibilité n'est ouverte qu'après l'expiration du délai de renonciation mentionné dans le bulletin d'adhésion.

Les opérations en ligne sont réservées aux adhérents majeurs et juridiquement capables. Elles ne sont pas accessibles aux co-adhérents. Elles ne sont pas accessibles non plus si le contrat est nanti ou fait l'objet d'une délégation.

Certains actes, notamment l'acceptation par le bénéficiaire, ne pourront être faits en ligne. Les opérations concernées seront alors transmises uni-

quement sur support papier et par voie postale.

En cas de suspension ou de suppression de l'accès à l'une des opérations en ligne, l'adhérent transmettra ses instructions de gestion sur support papier et par voie postale.

Toute demande d'opération reçue par l'assureur, par voie électronique ou sur support papier, dès lors qu'elle entre dans les conditions du contrat d'assurance, est mise à exécution. Cette exécution sera considérée comme parfaite et ne pourra engager la responsabilité de l'assureur.

L'adhérent reconnaît de manière expresse et irrévocable que le recours aux opérations en ligne ne constitue pas une condition essentielle et déterminante de son adhésion au contrat.

Toute opération demandée en ligne par l'adhérent donne lieu à l'envoi à celui-ci d'un courrier électronique (e-mail), dans les 12 heures.

L'adhérent sera réputé de convention expresse et irrévocable, avoir pris connaissance de manière incontestable dudit message du seul fait de son expédition à l'adresse e-mail connue de l'assureur.

À défaut de réception de ce courrier électronique dans les 12 heures de la demande d'opération, l'adhérent doit immédiatement en informer l'as-

sureur en précisant les informations qui ont été saisies sur le site de son conseiller ; l'assureur s'engage, dans ce cas, à effectuer une vérification dans le système d'information et à envoyer un mail à l'adhérent l'informant de la situation de sa demande. L'adhérent doit également faire part immédiatement à l'assureur de toute anomalie. À défaut, toute conséquence directe ou indirecte d'une inexécution ou d'une erreur dans l'exécution ne pourrait être opposée à l'assureur.

Pour informer l'assureur, le souscripteur adressera un e-mail à l'adresse suivante : contact.serviceclients@swisslife.fr.

2.11.3 Dispositions diverses

L'adhérent est informé que les dispositions relatives notamment aux conditions d'accès au site, d'attribution des identifiants et mots de passe dans le cadre de la dématérialisation et aux opérations en ligne figurent dans les conditions générales d'utilisation dont l'adhérent est tenu de prendre connaissance et d'accepter les termes lors de sa première connexion au site.

Chapitre 3

Que garantissent les contrats SwissLife Prévoyance Indépendants ?

3.1. Le fonctionnement des garanties

3.1.1. Quelles garanties pouvez-vous choisir ?

Selon le statut que vous avez déclaré, vous pouvez bénéficier de tout ou partie des garanties ci-dessous. Les garanties choisies sont précisées au certificat d'adhésion.

En cas de **décès** ou de **perte totale et irréversible d'autonomie**, le versement :

- d'un capital ;
- d'une rente viagère de conjoint ;
- d'une rente éducation.

Vous pouvez choisir en option :

- de l'une de ces garanties décès, le versement d'un capital infirmité par accident et / ou d'un capital frais d'obsèques ;
- de la garantie en capital, le versement d'un capital par anticipation en cas de maladie grave.

En cas d'**arrêt de travail**, le versement :

- d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail pour maintenir votre revenu ;
- d'indemnités journalières pour garantir le remboursement des frais généraux en cas d'incapacité temporaire totale de travail ;
- d'une rente en cas d'invalidité permanente, totale ou partielle ;
- d'indemnités forfaitaires pour garantir les dividendes.

Des garanties d'assistance diverses sont incluses, leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge sont précisées dans la « Convention d'assistance prévoyance » SWISS 2183.

3.1.2. L'étendue territoriale de vos garanties

Vos garanties décès, maintien de revenus et remboursement des frais généraux restent acquises dans le monde entier sous réserve que le fait générateur du sinistre ne découle pas d'un événement connu au moment de votre départ de France (exemple : opération chirurgicale programmée à l'étranger) et si vous résidez habituellement et de façon régulière en France. Dans le cas d'un arrêt de travail, l'indemnisation est versée de la manière suivante :

- dès le premier jour en cas d'hospitalisation à l'étranger, **limitée à 3 mois** ;
- dès le premier jour de retour en France pour les autres cas.

Dans tous les cas, l'indemnisation interviendra après application de la franchise indiquée au certificat d'adhésion et reprise dans votre relevé de situation annuel en tenant compte de votre bonus fidélité. Le règlement de vos prestations est toujours effectué en France, dans la monnaie légale de l'Etat français et sur présentation de certificats médicaux rédigés en français.

3.1.3. La date de l'événement garanti

La date de l'événement garanti est :

- **pour les garanties décès** : la date du décès ;
- **pour la garantie maladie grave** : la date du diagnostic de l'une des cinq maladies graves garanties (définies à l'article 3.2.2. de la présente notice) ou la date de la réalisation de la greffe ;
- **pour les garanties arrêt de travail** : le premier jour de l'arrêt de travail ;
- **pour les garanties infirmité, invalidité ou perte totale et irréversible d'autonomie** : la date de consolidation de l'état d'infirmité, d'invalidité, de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'assuré définie par le médecin expert désigné par l'assureur, et au plus tôt à la date de déclaration du sinistre.

3.1.4. Quelle est la date d'entrée en vigueur des garanties ?

Les garanties de votre adhésion s'exercent sur les conséquences :

- des accidents survenus après la date d'effet de l'adhésion ;
- des maladies dont la première constatation médicale est postérieure à la prise d'effet de l'adhésion et pour les garanties maintien de revenus (indemnités journalières et rentes invalidé) et remboursement des frais généraux, après expiration d'un délai d'attente défini ci-dessous.

Si votre adhésion est soumise à la seule signature de la déclaration d'absence d'arrêt de travail (DAAT) telle que définie à l'étape 2 de votre demande d'adhésion : dans ces conditions, par dérogation à l'alinéa précédent, si vous avez déclaré ne pas être en arrêt de travail au moment de votre adhésion et ne pas l'avoir été plus de 3 semaines consécutives lors des 3 années précédant votre adhésion, les conséquences des maladies seront indemnisées, dans les conditions définies au présent article et après application du délai d'attente, sans prise en compte de la date de la première constatation médicale.

Délai d'attente

Le délai d'attente est décompté à partir de la prise d'effet de l'adhésion et est égal à :

- 12 mois pour les affections psychologiques et psychiatriques. Le délai d'attente est ramené à 90 jours lorsque que l'option « rachat conditions hospitalisation psychiatrique » a été retenue par l'adhérent et acceptée par l'assureur ;
- 3 mois pour les autres maladies, à l'exception des maladies infectieuses suivantes pour lesquelles aucun délai d'attente n'est observé : grippe, Covid-19, angine, rhinopharyngite, coqueluche, varicelle, rubéole, oreillons, scarlatine, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébrospinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde.

Tout événement survenu pendant le délai d'attente, ainsi que ses suites, conséquences et récidives ne seront jamais garantis.

En cas d'augmentation ou d'ajout de garantie(s), il est à noter que les délais d'attente s'appliquent de nouveau, mais uniquement sur le différentiel de garantie résultant de la modification, ou sur la (les) nouvelle(s) garantie(s) choisie(s).

Les délais d'attente peuvent être abrogés à la demande de l'assuré et après accord de l'assureur si l'adhésion remplace, sans qu'il y ait eu interruption de garantie dans le temps, un autre contrat de mêmes nature et niveaux de garanties, et si la résiliation de ce contrat est le fait de l'assuré. L'abrogation des délais d'attente s'exerce dans la limite des garanties (nature et montant) précédemment souscrites, sur présentation du certificat de radiation et des dispositions particulières du contrat antérieur.

3.1.5. Comment sont indexées vos garanties et vos cotisations ?

Les montants des garanties ainsi que des cotisations seront indexés à chaque échéance anniversaire en fonction de l'évolution de la valeur du point Agirc-Arrco, et après résolution adoptée par l'assemblée générale de l'AGIS.

3.1.6. Quand peut intervenir la modification des garanties ?

Les modifications de garanties à la hausse ou à la baisse s'effectuent uniquement à l'échéance anniversaire de votre adhésion.

Toutefois, sur votre demande, les garanties pourront être modifiées en cours d'année d'assurance, après notre accord.

Une demande d'augmentation des garanties à votre initiative :

- pourra être acceptée si elle est demandée à partir de 12 mois d'adhésion et au plus tard au terme de la 3^e année de l'adhésion, à la condition qu'elle n'excède pas 20 % des garanties et sous réserve de fournir une attestation d'état de santé inchangé depuis l'adhésion ;
- à défaut, elle sera soumise aux conditions applicables à une nouvelle adhésion.

Dans tous les cas, un avenant sera établi par l'assureur pour marquer son accord.

Des pièces justificatives peuvent être demandées pour justifier de l'évolution de revenus à la hausse ou à la baisse.

3.1.7. Quand intervient la cessation de vos garanties ?

Les garanties prennent fin, pour chacune d'entre elles, au plus tard à la date indiquée au certificat d'adhésion.

3.2. Les garanties en cas de décès ou PTIA et les options associées

3.2.1. Le capital décès

Décès

Si vous décédez avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 70 ans, nous garantissons le versement du capital souscrit au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s) sur le certificat d'adhésion.

À partir de la date d'échéance principale suivant vos 70 ans, le montant de la garantie :

- ne peut excéder 250 000 euros ;
- diminue de 15 % chaque année jusqu'à la date d'échéance principale suivant ses 75 ans, date à laquelle la garantie cesse.

Exemple 1

• Capital initialement souscrit	150 000 €
• Capital à l'échéance anniversaire du contrat suivant le :	
– 70 ^e anniversaire du client	127 500 €
– 71 ^e anniversaire du client	108 375 €
– 72 ^e anniversaire du client	92 118 €
– 73 ^e anniversaire du client	78 300 €
– 74 ^e anniversaire du client	66 555 €
– 75 ^e anniversaire du client	le contrat est résilié

Exemple 2

• Capital initialement souscrit	400 000 €
• Capital à l'échéance anniversaire du contrat suivant le :	
– 70 ^e anniversaire du client	250 000 €
– 71 ^e anniversaire du client	212 500 €
– 72 ^e anniversaire du client	180 625 €
– 73 ^e anniversaire du client	153 531 €
– 74 ^e anniversaire du client	130 502 €
– 75 ^e anniversaire du client	le contrat est résilié

Décès accidentel

Si vous décédez des suites d'un accident avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans, et à condition que ce décès survienne dans le délai de 12 mois à dater du jour de l'accident, il est versé un capital supplémentaire au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s) dont le montant est précisé au certificat d'adhésion. La preuve du décès par accident incombe à votre(vos) bénéficiaire(s).

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, nous vous versons directement le capital décès par anticipation. Si la perte totale et irréversible d'autonomie est consécutive à un accident, le capital décès précisé au certificat d'adhésion vous sera versé selon les modalités prévues aux deux paragraphes précédents (décès et décès accidentel). Le versement du capital met fin à la garantie en cas de décès.

Double effet

Si votre conjoint, votre partenaire lié par un pacs ou votre concubin décède en même temps ou dans les 24 mois qui suivent votre décès, nous versons au profit du ou de vos enfants restés à sa charge un capital supplémentaire égal au capital décès de base. En outre, votre décès doit survenir avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

Si plusieurs enfants sont à charge au moment du décès, le capital est partagé entre eux à parts égales.

3.2.2. La rente viagère de conjoint

Décès

Si vous décédez avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans, le montant de la rente choisi est versé à mois échu au profit de votre conjoint, de votre partenaire de pacs ou de votre concubin désigné sur le certificat d'adhésion. Cette rente est versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Si vous êtes en état de perte totale et irréversible d'autonomie avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans, nous vous versons le montant de la rente souscrite, puis à votre décès, à votre conjoint, à votre partenaire lié par un pacs ou à votre concubin survivant désigné sur le certificat d'adhésion.

3.2.3. La rente éducation

Décès

Si vous décédez avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans, la rente choisie et indiquée au certificat d'adhésion est versée à mois échu à chacun de vos enfants désignés que vous aviez à charge lors de votre décès.

Le montant de la rente varie selon l'âge de l'enfant bénéficiaire.

Cette rente est versée au plus tard jusqu'à la fin du mois civil suivant le 26^e anniversaire de l'enfant.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans, nous vous versons le montant de la ou des rentes souscrites. À votre décès, la rente continue à être versée au(x) enfant(s) désigné(s) dans les conditions prévues ci-dessus.

Pour les enfants handicapés à charge de l'assuré et âgés de moins de 21 ans lors de son décès (ou en cas de PTIA), la rente sera versée de manière viagère au bénéficiaire du ou des enfant(s) tant que ces derniers percevront l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

3.2.4. Les garanties optionnelles

Capital maladie grave

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie capital décès.

Un capital dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion vous est versé dès que le diagnostic de l'une des cinq maladies graves suivantes a été posé et qu'il a été reconnu par l'assureur (infarctus du myocarde, coronaropathies, accident vasculaire cérébral, cancer, insuffisance rénale) ou dès qu'une greffe d'organe a été réalisée.

La date des premiers symptômes de la maladie ou, pour la greffe d'organe, de l'affection qui la nécessite, doit intervenir plus de 3 mois après la date d'effet de votre adhésion pour ouvrir droit au versement du capital.

Ce montant sera déduit du capital garanti en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

Cette garantie, si elle a été choisie, est valable jusqu'à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

Définition des maladies graves

a) Infarctus du myocarde

Il s'agit de la nécrose d'une zone du muscle myocardique, dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électro-cardiographique, associée à une augmentation des enzymes cardiaques et aux douleurs caractéristiques.

b) Coronaropathie

Sont prises en considération, les coronaropathies ayant nécessité une intervention chirurgicale à « cœur ouvert » avec au moins un double pontage coronarien.

c) Accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral est défini comme étant un infarctus du tissu cérébral ou une hémorragie intracrânienne. Il devra y être associé un déficit neurologique séquellaire persistant de façon constante plus de 15 jours.

d) Cancer

Toute tumeur maligne caractérisée par la croissance non contrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus. La preuve indiscutable d'un tel phénomène ou l'examen anatomopathologique d'une tumeur maligne doit être fourni. Sont également couverts les leucémies, les lymphomes et la maladie de Hodgkin.

Sont exclus les cancers in situ, les tumeurs consécutives à l'infection par l'un des virus humains d'immunodéficience acquise ainsi que les cancers de la peau (hormis les mélanomes malins).

e) Insuffisance rénale

Il s'agit d'insuffisances rénales dépassées entraînant la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse péritonéale ou une hémodialyse.

f) Greffe d'organe

Sont retenues les greffes d'organes suivantes : la greffe du cœur, des poumons, du foie, du pancréas ou du rein. La greffe de la moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe.

Le risque est considéré réalisé lorsque la maladie grave ou la greffe d'organe a fait l'objet d'un diagnostic, c'est-à-dire d'une constatation clinique et paraclinique d'une affection établie et justifiée de manière impartiale par une autorité médicale spécialisée.

Capital infirmité consécutive à un accident

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de l'une des garanties décès (capital, rente viagère de conjoint, rente éducation).

La garantie prévoit le versement d'un capital dont le montant est précisé au certificat d'adhésion en cas d'accident entraînant pour l'assuré, une infirmité permanente de taux supérieur à 15 % et médicalement constatée.

Cette garantie, si elle a été choisie, est valable jusqu'à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

Détermination du taux d'infirmité

L'infirmité et son taux sont déterminés par notre médecin-conseil. Le taux correspond au taux d'incapacité fonctionnelle, déterminé d'après la nature de votre infirmité, votre état général, votre âge et vos facultés physiques et intellectuelles en référence au barème indicatif d'invalidité des accidents du travail de la Sécurité sociale. Le cas échéant, l'infirmité et son taux sont déterminés par le recours à une expertise médicale.

Le montant du capital

Le montant du capital assuré pour une infirmité de taux égal à 100 % est indiqué dans votre certificat d'adhésion. Lorsque le taux est compris entre 16 % et 99 %, le capital versé est proportionnel au taux d'infirmité reconnu.

Lorsque le taux est inférieur à 16 %, aucun capital n'est versé.

Allocation frais d'obsèques

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de l'une des garanties décès (capital, rente viagère de conjoint, rente éducation).

En cas de décès de votre conjoint, de l'un de vos enfants à charge ou de vous-même, la garantie prévoit le versement d'une allocation destinée à la participation aux frais d'obsèques, dont le montant est précisé au certificat d'adhésion. Cette allocation est versée à la personne en charge du règlement des obsèques, sur présentation de la facture.

Cette garantie, si elle a été choisie, est valable jusqu'à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

3.2.5. Les clauses bénéficiaires

Désignation du (des) bénéficiaire(s) des garanties en cas de décès

Lors de la demande d'adhésion ou ultérieurement par avenant au contrat, vous pouvez désigner le ou les bénéficiaires qui percevront le capital garanti indiqué au certificat d'adhésion suite à votre décès. La désignation du ou des bénéficiaires peut être effectuée notamment par acte sous seing privé (acte simplement signé par les parties) ou par acte authentique (reçu et signé par un officier public, par exemple un notaire). Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, il vous est conseillé de porter au contrat les coordonnées qui nous permettront de l'identifier et de le contacter à votre décès.

Vous pouvez modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

Acceptation du bénéficiaire

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'assurance. L'acceptation doit obligatoirement être faite selon l'une des deux modalités suivantes :

- soit par un avenant signé par l'assureur, par votre bénéficiaire et vous-même ;
- soit par un acte authentique ou par un acte sous seing privé signé seulement par votre bénéficiaire et vous-même. Dans ce cas, elle n'a d'effet à notre égard que lorsqu'elle nous a été notifiée par écrit.

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

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

3.3. Les garanties « maintien de revenus » versées sous forme de rente ou d'indemnités journalières

L'objet des garanties « maintien de revenus » en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité est de compenser la perte des revenus de l'assuré en cas de survenance d'une maladie ou d'un accident.

À titre d'exemple, ces garanties n'ont pas lieu à intervenir en cas de survenance d'un sinistre lorsque votre entreprise faisait l'objet d'une fermeture administrative ou d'une suspension d'activité (sauf en cas de congés).

3.3.1 Montant des garanties

Le montant des garanties est défini sur votre certificat d'adhésion.

Ce montant est au plus égal à la moyenne des revenus nets professionnels déclarés à l'administration fiscale lors de 3 années précédant l'adhésion (hors dividendes) et issus de l'activité professionnelle déclarée lors de l'adhésion.

De ce montant, seront déduites les indemnités pouvant être versées au titre des régimes de protection sociale obligatoires, complémentaires ou facultatifs dont vous bénéficiez.

En cas de création ou de reprise d'entreprise

Si vous avez le statut de créateur d'entreprise, le montant garanti est au plus égal aux revenus professionnels établis dans votre compte de résultat prévisionnel dans la limite des montants de garanties maximum prévus par le produit.

Si vous êtes repreneur, le montant garanti est au plus égal :

- aux revenus annuels nets votés en assemblée générale ou alloués par une décision écrite de vos associés dans la limite des montants de garanties maximum prévus par le produit ;
- au revenu moyen évalué dans le business plan lors du financement de la reprise de la société.

Mandataire social (assimilé salarié)

Les mandataires sociaux peuvent prétendre aux garanties « maintien de revenus » s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être président ou dirigeant de SA, SAS, SASU, SELAS ou SELAFA ou gérant minoritaire ou égalitaire de SARL ou SELARL ;
- et que le montant de l'indemnité journalière choisi au titre de la garantie maintien de revenus soit complémentaire d'une garantie capital décès, égale au minimum à 30 fois le montant mensuel de l'indemnité journalière « maintien de revenus » indiquée au certificat d'adhésion.

Si les conditions définies ci-dessus ne sont plus remplies, la garantie maintien de revenus pourra être résiliée.

Le montant garanti est défini sur votre certificat d'adhésion et il est limité au montant de garanties maximum prévu par le produit.

3.3.2. Versement des prestations

Versement forfaitaire lorsque le montant mensuel garanti choisi par l'adhérent est inférieur ou égal à 6 000 euros (hors garantie remboursement frais généraux)

En cas de sinistre, nous ne contrôlerons pas les revenus au moment du sinistre et paierons forfaitairement les prestations en cas d'arrêt de travail (incapacité temporaire totale, invalidité permanente partielle ou totale), en fonction du montant mentionné au certificat d'adhésion, et sous réserve que le sinistre soit garanti.

Dans tous les cas, afin d'éviter d'éventuelles fausses déclarations, nous nous réservons le droit de demander à tout moment les justificatifs de revenus utilisés pour déterminer le niveau des garanties en cas d'arrêt de travail, et ce durant les deux premières années suivant l'adhésion ou la modification des garanties.

Par dérogation à l'alinéa précédent, nous nous réservons le droit de contrôler même au-delà des deux premières années dans le cas où des garanties en cas d'invalidité venaient à être choisies sans couverture en cas d'incapacité temporaire de travail.

Versement indemnitaire avec plancher forfaitaire à 6 000 euros lorsque le montant mensuel garanti choisi par l'adhérent est supérieur à 6 000 euros

Les prestations en cas d'arrêt de travail garanti (incapacité temporaire totale, invalidité permanente partielle ou totale), dont le montant est mentionné au certificat d'adhésion, seront versées forfaitairement jusqu'à un montant de 6 000 euros.

Au-delà de ce seuil, nous pourrions être amenés à vérifier la conformité du montant de la garantie par rapport aux revenus déclarés de l'adhérent et ajuster les montants versés en cas de différence supérieure à 20 % entre les revenus réellement perçus par l'adhérent lors de la survenance du sinistre et le montant cumulé de la garantie et des indemnités pouvant être versées au titre des régimes de protection sociale obligatoires, complémentaires ou facultatifs dont bénéficierait l'adhérent.

Dans tous les cas, afin d'éviter d'éventuelles fausses déclarations, nous nous réservons le droit de demander à tout moment les justificatifs de revenus utilisés pour déterminer le niveau des garanties en cas d'arrêt de travail, et ce durant les deux premières années suivant l'adhésion ou la modification des garanties.

Par dérogation à l'alinéa précédent, nous nous réservons le droit de contrôler même au-delà des deux premières années dans le cas où des garanties en cas d'invalidité venaient à être choisies sans couverture en cas d'incapacité temporaire de travail.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il sera fait application des articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.

Cas spécifique des mandataires sociaux (assimilés salariés)

Si vous êtes mandataire social (assimilé salarié) et que vous avez adhéré au contrat pour la couverture d'une activité liée à ce statut, en cas de sinistre, nous ne contrôlerons pas vos revenus liés à votre mandat social et paierons forfaitairement le montant indiqué sur votre certificat d'adhésion au titre de la garantie arrêt de travail (incapacité temporaire totale, invalidité permanente partielle ou totale) sans déduction des éventuelles indemnités versées par un régime obligatoire, sous réserve que le sinistre soit garanti.

3.3.3 Les indemnités journalières

Objet de la garantie

Si vous devez interrompre totalement votre activité professionnelle pour altération de votre état de santé et entraînant une incapacité temporaire totale de travail, nous vous garantissons le versement de l'indemnité mensuelle indiquée sur votre certificat d'adhésion.

Si vous êtes indemnisé pour un arrêt de travail en cours, et que vous pouvez reprendre, sur avis médical de votre médecin traitant ou de notre médecin-conseil, pour raisons thérapeutiques une activité professionnelle à mi-temps, nous poursuivrons l'indemnisation de l'arrêt. Dans ce cas, l'indemnité sera réduite de moitié et elle sera versée pour une durée maximale de 3 mois, à raison d'une seule fois pour un même événement et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

Durée d'indemnisation

Ces indemnités sont versées à mois échu pour chaque jour d'arrêt de travail garanti, intervenant après le nombre de jours qui constitue la franchise que vous avez choisie.

À titre d'exemple, vous avez choisi une franchise maladie de 15 jours et une durée d'indemnisation de 365 jours. Si vous êtes en arrêt de travail à partir du 1^{er} janvier 2020, vous serez indemnisé à compter du 16 janvier 2020 jusqu'au 31 décembre 2020 inclus.

Franchise maladie ou accident réduite en cas d'hospitalisation

Si vous avez choisi à l'adhésion une franchise réduite à 3 jours en cas d'hospitalisation et que l'assureur l'a accepté, l'indemnité journalière sera alors versée à partir du quatrième jour d'arrêt de travail, et ce pour la

durée d'indemnisation prévue, franchise incluse, en cas :

- d'hospitalisation de plus de 24 heures liée à l'arrêt de travail ;
- d'hospitalisation de moins de 24 heures, liée à l'arrêt de travail ayant nécessité une intervention chirurgicale et une anesthésie locale ou générale.

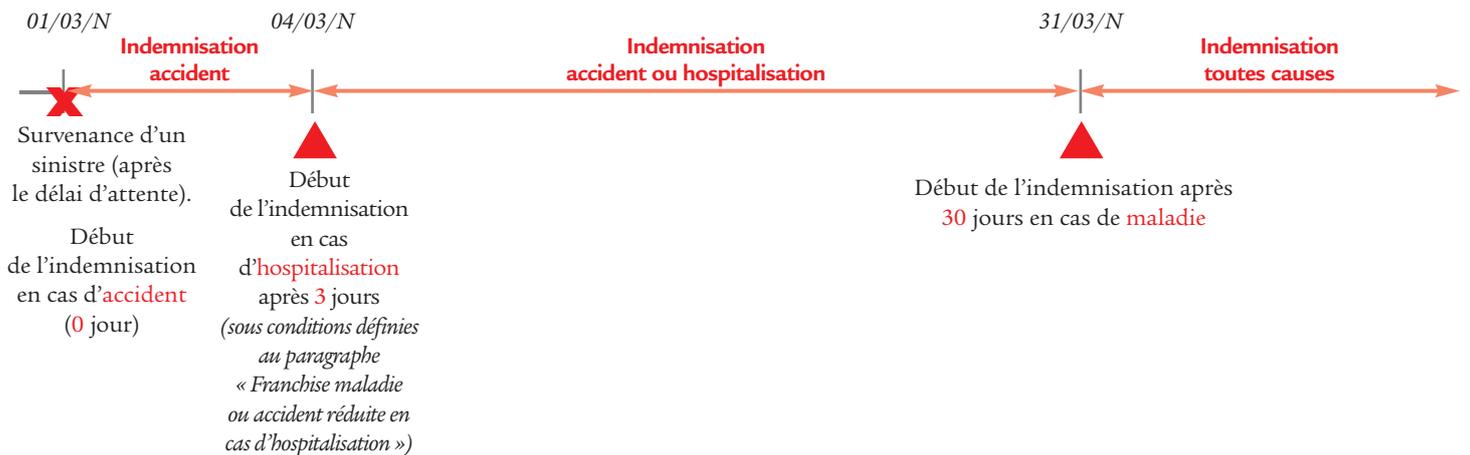
Exemple 1

La franchise choisie par l'assuré et acceptée par l'assureur est une franchise 30 jours en cas de maladie, accident ou hospitalisation.



Exemple 2

La franchise choisie par l'assuré et acceptée par l'assureur est une franchise 30 jours en cas de maladie, une franchise réduite à 3 jours en cas d'hospitalisation et une franchise à 0 jour en cas d'accident



Cette possibilité de réduction de franchise ne s'applique pas pour les affections psychologiques et psychiatriques, sauf si vous avez choisi l'option « Rachat conditions d'hospitalisation psychiatrique ».

Pour les mandataires sociaux (assimilés salariés) ayant adhéré au contrat pour la couverture d'une activité liée à ce statut, les franchises en cas de maladie et d'accident sont fixées à 30 jours et la franchise en cas d'hospitalisation est fixée à 3 jours.

Toute incapacité de travail résultant d'une maladie mentale ou d'une affection psychiatrique (y compris « burn out » ou syndrome d'épuisement professionnel) pourra être indemnisée uniquement si celle-ci a nécessité une hospitalisation **d'au moins 1 nuitée** dans un établissement hospitalier spécialisé dans le traitement de ce type d'affection.

Option « rachat conditions d'hospitalisation psychiatrique »

Si vous avez choisi l'option « rachat conditions d'hospitalisation psychiatrique », l'indemnisation ne sera pas soumise à la condition de nuitée dans un établissement hospitalier spécialisé dans le traitement de ce type d'affection.

Si vous avez déclaré être mandataire social (assimilé salarié) lors de votre adhésion et que vous avez adhéré au contrat pour la couverture d'une activité liée à ce statut, vous ne pouvez pas choisir l'option « rachat conditions d'hospitalisation psychiatrique ».

En dehors de ces conditions, les affections psychologiques et psychiatriques ne sont pas garanties.

Bonus fidélité

À partir du 13^e mois d'ancienneté, la franchise indiquée sur votre certificat d'adhésion au titre de la garantie « maintien de revenus : indemnités journalières » sera réduite d'un jour chaque année, à condition qu'il n'y ait pas eu de sinistre garanti et indemnisé au titre de cette garantie.

La franchise de la garantie maintien de revenus sera réduite sur l'ensemble des risques (accident, hospitalisation et maladie), et ce jusqu'à 0 jour. En cas de sinistre garanti et indemnisé au titre de cette garantie, la franchise sera réinitialisée au niveau de la franchise que vous aviez choisie initialement lors de l'adhésion, ou de votre dernier avenant le cas échéant, pour l'ensemble des risques. La réinitialisation s'effectue à la date de fin d'indemnisation du sinistre.

Dans ce cas, l'indemnisation débutera au terme de la franchise mise en jeu et indiquée au certificat d'adhésion raccourcie, le cas échéant, de votre **bonus fidélité**.

Le **bonus fidélité** s'applique uniquement aux indemnités journalières de la garantie maintien de revenus.

La durée maximale de versement des prestations pour une maladie ou un

accident, et les suites qu'ils peuvent provoquer, est précisée sur votre certificat d'adhésion.

N.B. : Les affections suivantes sont toujours considérées comme maladies : lumbagos, sciaticques, hernies (pariétales, musculaires et discales), ptôses, scolioses, lordoses, ainsi que les congestions, insolationes.

Le versement des indemnités journalières cesse dans les situations suivantes :

- dès la reprise, même partielle, de votre activité professionnelle, sauf cas défini au paragraphe « Objet de la garantie » du présent article ;
- à la date de consolidation de votre état de santé ;
- à la date **de liquidation des droits à la retraite**, et dans tous les cas, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

Rechute

Si vous êtes de nouveau en incapacité temporaire totale de travail dans un délai maximum de 3 mois pour une affection ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation, les indemnités journalières vous sont versées à compter du premier jour du nouvel arrêt de travail et à concurrence de la durée maximale d'indemnisation prévue au certificat d'adhésion, déduction faite de la première indemnisation.

En revanche, si la rechute survient après une reprise d'activité ininterrompue de plus de 3 mois, la franchise indiquée sur votre certificat d'adhésion sera de nouveau appliquée.

3.3.4. La rente d'invalidité

Objet de la garantie

En cas d'invalidité permanente totale ou partielle, nous vous versons la rente selon les modalités définies au paragraphe « Montant de la rente » du présent article et sur la base du montant indiqué sur votre certificat d'adhésion.

Si à la fin de la période d'indemnisation d'un arrêt de travail, vous êtes considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle, la rente pourra être versée. Dans tous les cas, le versement de la rente met fin au service des indemnités journalières qui seraient versées au titre du présent contrat.

Le versement de la rente commencera à la date de consolidation de votre état de santé définie par notre médecin-conseil et selon le taux défini contractuellement.

Durée d'indemnisation

La rente est versée par trimestre civil échu. Le versement de la rente éventuellement en cours cesse à la date à laquelle vous pouvez faire valoir vos droits à la retraite, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

Les invalidités qui sont la conséquence d'une maladie mentale ou une affection psychiatrique (y compris « burn out » ou syndrome d'épuisement professionnel) peuvent donner lieu au versement d'une rente si elles sont consécutives à un arrêt de travail indemnisé ayant donné lieu à une hospitalisation d'au moins 5 jours continus dans un établissement spécialisé dans le traitement de ce type d'affection.

Si vous avez choisi l'option « rachat conditions d'hospitalisation psychiatrique », l'indemnisation ne sera pas soumise à la condition d'hospitalisation dans un établissement spécialisé dans le traitement de ce type d'affection.

En dehors de ces conditions, les affections psychologiques et psychiatriques ne sont pas garanties.

Détermination du taux d'invalidité (t)

Le taux est déterminé par le barème choisi et indiqué sur votre certificat d'adhésion.

La nature et le taux d'invalidité sont fixés par expertise médicale.

Ces taux sont calculés, après la consolidation de l'état de santé de l'assuré, en fonction de l'**incapacité fonctionnelle** (physique et / ou mentale) et de l'**incapacité professionnelle** :

- l'incapacité fonctionnelle est déterminée d'après la nature de votre infirmité, votre état général, votre âge, de vos facultés physiques et intellectuelles ; elle est établie selon le barème indicatif d'invalidité des accidents du travail de la Sécurité sociale. En cas d'infirmités multiples, il sera fait application de la règle de Balthazard ;
- l'incapacité professionnelle est appréciée selon la nature de votre invalidité par rapport à l'exercice de votre profession, qui tient compte de la façon dont celle-ci était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, après consolidation de votre état de santé.

Il existe 3 barèmes :

- **le barème croisé applicable aux professions libérales, y compris médicales et paramédicales, aux commerçants, aux artisans et exploitants agricoles** : les deux taux d'incapacité sont déterminés dans le cadre d'une expertise médicale effectuée par un médecin expert indépendant et sont appréciés par notre médecin-conseil qui, par croisement, fixe le taux d'invalidité. Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle ainsi définis, le taux d'invalidité (t) est déterminé d'après le tableau en annexe 1 de la présente notice ;
- **le barème croisé « pro » applicable uniquement aux professions libérales (hors médicales et paramédicales et hors vétérinaires), aux artisans, aux commerçants, aux exploitants agricoles et aux pharmaciens d'officine** : les deux taux d'incapacité sont déterminés dans le cadre d'une expertise médicale effectuée par un médecin expert indépendant et sont appréciés par notre médecin-conseil qui, par croisement, fixe le taux d'invalidité. Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle ainsi définis, le taux d'invalidité (t) est déterminé d'après le tableau en annexe 1 de la présente notice ;
- dans tous les cas, si le barème croisé ci-dessus est plus favorable que le barème croisé pro, le taux d'invalidité (t) du barème croisé sera appliqué ;
- **le barème professionnel applicable uniquement aux professions médicales (médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens et sages-femmes), paramédicales et vétérinaires** : seule l'incapacité professionnelle est appréciée selon la nature de votre invalidité par rapport à l'exercice de votre profession en prenant en considération vos aptitudes et votre qualification professionnelle. La nature et le taux d'invalidité sont fixés par un expert médical indépendant soit en application du barème en annexe 1 de la présente notice (barème professionnel contractuel), soit en fonction de la profession exacte de l'adhérent. Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

Montant de la rente

Le montant de la rente est calculé en fonction du taux d'invalidité (t).

Rente totale

Si, à la suite d'un accident ou d'une maladie, votre taux d'invalidité (t) est supérieur ou égal à 66 % (invalidité permanente totale), vous percevrez le montant de la rente d'invalidité que vous avez choisi.

Rente partielle

Si, à la suite d'un accident ou d'une maladie, votre taux d'invalidité (t) est inférieur à 66 % mais supérieur ou égal à 33 %, vous percevrez une rente partielle égale à $(3t/2)$ multiplié par le montant de la rente que vous avez choisi.

La rente n'est pas due ou cesse d'être versée à partir du moment où le taux d'invalidité (t) devient inférieur à 33 %.

Dans le cadre du barème professionnel applicable aux professions médicales, paramédicales et vétérinaires, le versement de la rente partielle est possible sur option dès que le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 16 %. Ainsi, si vous choisissez cette option et qu'elle est acceptée par l'assureur, la rente partielle pourra être servie si le taux d'invalidité (t) est supérieur ou égal à 16 %, et inférieur à 66 %.

Dans ce cas, la rente n'est pas due ou cesse d'être versée à partir du moment où le taux d'invalidité devient inférieur à 16 %.

3.4. La garantie remboursement des frais généraux

Cette garantie n'est pas éligible à la fiscalité Madelin (article 154 bis du CGI).

3.4.1. Objet de la garantie

Si vous êtes en situation d'incapacité temporaire totale de travail pour des raisons de santé, l'assureur vous garantit le versement de l'indemnité choisie et indiquée au certificat d'adhésion visant le remboursement de tout ou partie des frais généraux, payés par l'entreprise, dans la limite des frais réellement engagés pendant la période d'arrêt de travail indemnisée. Les frais payés pour des périodes autres que mensuelles seront convertis en dépenses mensuelles au prorata temporis.

Les frais généraux correspondent aux dépenses habituellement supportées par l'assuré (ou dans le cas d'associations professionnelles ou d'activités de groupe, la part de l'assuré dans de telles dépenses), pour l'exercice de sa profession et qui n'ont pas en comptabilité de contrepartie à l'actif. Elles doivent en outre être exposées dans l'intérêt de l'exploitation et se rattacher à une gestion normale.

Sont considérés comme frais généraux :

- le loyer des locaux professionnels et charges locatives ;
- la location de matériel et le coût des crédits-baux ;
- les intérêts payés sur les traites de financement des locaux et équipements, propriétés de l'assuré et utilisés par lui pour l'exercice de sa profession (à l'exclusion des remboursements de capital) ;
- les honoraires comptables [travaux, fournitures et services extérieurs (TFSE)] ;
- les dépenses d'eau, gaz, électricité et de chauffage (TFSE) ;
- les fournitures de bureau ;
- les frais de documentation, de correspondance et de téléphone ;
- les frais de véhicules et autres frais de déplacement ;
- l'amortissement des équipements : dotation aux amortissements ;
- les salaires et les charges afférents aux employés habituels du TNS ;
- le coût du remplacement du personnel (intérimaire) TFSE ;
- les impôts professionnels et taxes professionnelles (TVA, CSG, contribution économique territoriale) ;
- les pertes par dépréciation des matières consommables ;
- les charges sociales personnelles obligatoires ;
- les charges sociales sur salaires ;
- les cotisations syndicales et professionnelles ;
- les frais divers de gestion ;
- l'entretien et les réparations des locaux professionnels (TFSE) ;
- le petit outillage (TFSE).

La rémunération versée à la personne engagée pour remplacer l'assuré pendant son arrêt et qui exerce dans les mêmes conditions que ce dernier sera également prise en compte au titre de la garantie frais généraux dans la limite des montants garantis.

3.4.2. Durée d'indemnisation

Ces indemnités sont versées mensuellement pour chaque jour d'arrêt de travail garanti, intervenant après le nombre de jours qui constitue la franchise que vous avez choisie.

La durée maximale de versement de cette garantie, pour une maladie ou un accident, et les suites qu'ils peuvent provoquer est fixée au certificat d'adhésion.

Le remboursement des frais généraux attendant à une incapacité de travail résultant d'une maladie mentale ou d'une affection psychiatrique (y compris « burn out » ou syndrome d'épuisement professionnel) pourra être versé uniquement si cette incapacité a nécessité une hospitalisation d'au moins 1 nuitée dans un établissement hospitalier spécialisé dans le traitement de ce type d'affection.

Dans ce cas, l'indemnisation débutera au terme de la franchise maladie choisie et indiquée au certificat d'adhésion.

En dehors de ces conditions, les affections psychologiques et psychiatriques ne sont pas garanties.

Le versement des frais généraux cesse dans les situations suivantes :

- dès la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle ;

- à la date de consolidation de l'état de santé ;
- à la date de cessation de l'activité professionnelle ;
- à la date **de liquidation des droits à la retraite** et, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

3.4.3. En cas de rechute

Si vous êtes de nouveau en incapacité temporaire totale de travail dans un délai maximum de 3 mois pour une affection ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation, les indemnités journalières vous sont versées à compter du premier jour du nouvel arrêt de travail et à concurrence de la durée maximale d'indemnisation prévue au certificat d'adhésion, déduction faite de la première indemnisation.

En revanche, si la rechute survient après une reprise d'activité ininterrompue de plus de 3 mois, la franchise indiquée sur votre certificat d'adhésion sera de nouveau appliquée.

3.5. La garantie des dividendes

Cette garantie n'est pas éligible à la fiscalité Madelin (article 154 bis du CGI).

3.5.1. Qui peut adhérer à la garantie ?

Cette garantie est réservée aux gérants et associés visés à l'article 62 du Code général des impôts.

Entrent dans cette catégorie :

- les gérants majoritaires de SARL (à l'exception des SARL de famille ayant opté pour le régime fiscal des sociétés de personnes) ;
- les gérants (commandités) des sociétés en commandite par actions ;
- les gérants associés de sociétés de personnes ou assimilées (SNC) ayant opté pour l'impôt sur les sociétés ;
- les associés uniques des EURL ayant opté pour l'impôt sur les sociétés ;
- les gérants majoritaires des EARL ayant opté pour l'impôt sur les sociétés ;
- les gérants majoritaires de SELARL.

3.5.2. Objet de la garantie

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie maintien de revenus comprenant à la fois l'incapacité temporaire totale de travail et l'incapacité permanente de travail.

Définitions

Les *dividendes* correspondent à la somme distribuée aux associés, lorsqu'un bénéfice distribuable est constaté en fin d'exercice, à l'occasion de l'assemblée annuelle d'approbation des comptes sociaux de la société. Les *revenus nets professionnels* correspondent à la moyenne des revenus déclarés à l'administration fiscale et tirés de l'activité professionnelle à assurer (hors dividendes) sur les 3 années précédant l'adhésion.

Gérants et associés de l'article 62 du CGI

Pour les gérants et associés visés à l'article 62 du CGI, cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie maintien de revenus. Les prestations versées au titre de la garantie des dividendes sont versées selon les mêmes conditions que les garanties maintien de revenus définies à l'article 3.3.3.

La couverture de ces derniers ne peut pas excéder 30 % de vos revenus nets professionnels. Le montant du forfait indiqué sur votre certificat d'adhésion est versé dans les mêmes conditions d'application que la garantie maintien de revenus exception faite du dernier alinéa du paragraphe « Objet de la garantie » de l'article 3.3.3. de la présente notice.

3.5.3. Durée d'indemnisation

Ces indemnités sont versées mensuellement pour chaque jour d'arrêt de travail garanti, intervenant après le nombre de jours qui constitue la franchise que vous avez choisie.

Le versement de la prestation au titre de la garantie des dividendes attendant à une incapacité de travail résultant d'une maladie mentale ou

d'une affection psychiatrique (y compris « burn out » ou syndrome d'épuisement professionnel) pourra être versé uniquement si cette incapacité a nécessité une hospitalisation d'au moins 1 nuitée dans un établissement hospitalier spécialisé dans le traitement de ce type d'affection. Dans ce cas, l'indemnisation débutera au terme de la franchise maladie choisie et indiquée au certificat d'adhésion.

En dehors de ces conditions, les affections psychologiques et psychiatriques ne sont pas garanties.

Le versement des dividendes cesse dans les situations suivantes :

- dès la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle ;
- à la date de consolidation de l'état de santé ;
- à la date à laquelle **de liquidation des droits à la retraite**, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

3.5.4. *En cas de rechute*

Si vous êtes de nouveau en incapacité temporaire totale de travail couverte par le contrat dans un délai maximum de 3 mois pour une affection ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation, la prestation vous est versée à compter du premier jour du nouvel arrêt de travail et à concurrence de la durée maximale d'indemnisation prévue au certificat d'adhésion, déduction faite de la première indemnisation.

En revanche, si la rechute en cas d'incapacité temporaire totale de travail couverte par le contrat survient après une reprise d'activité ininterrompue de plus de 3 mois, la franchise indiquée sur votre certificat d'adhésion sera de nouveau appliquée ; l'adhérent ne pourra pas bénéficier des dispositions reprises à l'alinéa précédent.

Chapitre 4

Les exclusions et limitations de vos garanties

4.1. Exclusions de garanties

Sont exclus de l'ensemble des garanties les événements suivants et leurs conséquences :

- le suicide : le suicide, de quelque nature qu'il soit, est exclu s'il survient au cours de la première année d'adhésion. En cas d'augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garanties pendant la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation ;
- tout acte intentionnel ou dolosif de l'assuré, ainsi que ses conséquences, ayant causé et / ou susceptible de causer un dommage à un tiers. Le tiers visé ci-avant s'entend comme toute personne physique ou morale, et ceux y compris toute autorité chargée du maintien de l'ordre et de la sécurité ou les établissements publics ;
- les sinistres survenus en cas de guerre (guerre civile ou étrangère), de participation active ou de complicité à tout acte de terrorisme ou attentat, de rixes (sauf en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel), d'émeutes ou de troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu. En cas de guerre étrangère, les garanties ne sont accordées qu'aux conditions déterminées par la législation à intervenir dans ce cas.

4.1.1. Exclusions spécifiques à la perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes des garanties décès en capital et des garanties décès en rente, ainsi qu'au capital décès accidentel

En plus des exclusions indiquées au 1^{er} alinéa de l'article 4.1., ne sont pas couverts les événements suivants et leurs conséquences :

- une tentative de suicide de l'assuré ;
- un acte volontaire de l'assuré ;
- un acte criminel de l'assuré ;
- les troubles civils ou mouvements populaires ;
- l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou de substances illicites ;
- la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes. Pour les radiologues et radiothérapeutes, les sinistres relatifs aux « radiations ionisantes » ne seront pas exclus, si le radiologue / radiothérapeute a été exposé à ces radiations lors de l'exercice de son activité professionnelle, et sous réserve que ce dernier ait pris, dans le cadre de son activité, toutes les mesures de sécurité nécessaires et recommandées par la réglementation en vigueur et les usages de la profession (durée d'exposition, distance et équipement de protection aux radiations) ;
- la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- la tentative de record, exhibition ou pari ;
- les sauts dans le vide quel que soit le moyen utilisé pour la chute ou pour la réception, sauf cas particuliers précisés à l'article 4.2. ;
- la conduite d'un véhicule lorsque l'alcoolémie de l'assuré est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévue par la réglementation en vigueur ;
- la conduite de tout engin par l'assuré s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation française en vigueur, sauf cas particuliers précisés à l'article 4.2.

4.1.2. Exclusions spécifiques aux garanties maintien de revenus, dividendes, remboursement des frais généraux, ainsi que le capital infirmité consécutive à un accident

En plus des exclusions indiquées à l'article 4.1.1., ne sont pas couverts les événements suivants et leurs conséquences :

- les cataclysmes ;
- l'accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois, et ce y compris les périodes de formation, périodes d'initiation et de perfectionnement ;
- toute activité liée à la sécurité et pratiquée à titre non professionnel ;
- les états antérieurs : les maladies et infirmités existantes à la prise d'effet de l'adhésion, dès lors que l'adhésion a nécessité une déclaration d'état de santé ou un questionnaire de santé, sauf accord écrit de l'assureur ;

- les interventions chirurgicales dans un but esthétique (sauf les interventions faisant suite à un préjudice corporel et prises en charge par le régime obligatoire) ;
- tout sinistre survenu dans le cadre d'activités accomplies au titre du dispositif de réserve de sécurité nationale telle que prévue par la réglementation française. Sont visées les personnes réservistes de la réserve opérationnelle militaire, de la réserve civile de la police nationale, de la réserve sanitaire, de la réserve civile pénitentiaire et des réserves de sécurité civile ;
- tout sinistre survenu lorsque votre entreprise faisait l'objet d'une fermeture administrative ou d'une suspension, temporaire ou définitive, d'activité (sauf en cas de congés).

Affections psychologiques et psychiatriques

Sont visés les affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques, les états dépressifs de toute nature, les états anxio-dépressifs, la schizophrénie, les syndromes anxieux, les troubles de l'adaptation et du stress, les états névrotiques, les fibromyalgies, les syndromes de fatigue chronique, les « burn out » et syndromes d'épuisement professionnel.

Ces affections sont exclues sauf dans les conditions mentionnées au chapitre 3 – articles 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4., 3.4.2 et 3.5.3.

L'option « rachat de conditions d'hospitalisation psychiatrique » n'est pas ouverte aux conjoints collaborateurs, ni aux mandataires sociaux ayant adhéré au contrat pour la couverture d'une activité liée à ce statut.

Cures

Sont exclus les arrêts de travail prescrits pour suivre des cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication ainsi que les séjours en maison de repos.

Invalidité non indemnisée

L'état d'invalidité faisant suite à un arrêt de travail non garanti et pour lequel l'assuré n'a pas droit aux indemnités journalières n'est pas garanti.

4.2. Limitations de garanties

Maternité

Seuls les grossesses et accouchements pathologiques tels que définis dans le lexique sont couverts par les présentes garanties.

Les arrêts de travail liés à l'état de grossesse de l'assurée et n'entrant pas dans la définition contractuelle de la grossesse pathologique ne seront donc pas garantis.

Les congés légaux de maternité et paternité ne sont pas garantis.

Indemnisation de la pratique de certains sports en cas de décès ou d'arrêt de travail

La pratique de sports, activités ou loisirs suivants est garantie dans les limites de 1 000 000 (un million) d'euros de prestations par événement, sauf stipulations contraires et expresses mentionnées sur le certificat d'adhésion :

- sports nautiques : canyoning, rafting, nage en eaux vives, apnée, canoë kayak, pêche et plongée sous-marines ;
- sports de montagne pratiqués sur paroi rocheuse, falaise, cascade gelée ou glacier, y compris la spéléologie, sports de neige pratiqués au-delà du sommet des remontées mécaniques et en dehors des pistes balisées, ainsi que le ski de vitesse, skeleton et bobsleigh ;
- sports de combat ;
- sports aériens : parachutisme, parapente, aérostation, deltaplane, kite-surf, base-jump, vol à voile ;
- sports combinés tels que le biathlon, le triathlon et le pentathlon, cyclo-cross, trail – raid nature ;
- tous sports nécessitant l'usage d'engins à moteur ;

à l'exception des baptêmes encadrés par un ou plusieurs professionnels ayant les compétences et diplômes requis par l'État qui eux ne sont pas concernés par la limitation.

Chapitre 5

Comment mettre en œuvre le règlement de vos prestations ?

5.1. Règlement des prestations en cas de décès

Les pièces suivantes doivent nous être adressées :

En cas de décès de l'assuré

- le certificat d'adhésion ;
- un extrait d'acte de décès ;
- un certificat du médecin ayant constaté le décès ;
- si le décès résulte d'un accident, une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif ;
- une copie du livret de famille ou un certificat d'hérédité suivant le cas ;
- le dernier avis d'imposition ;
- un certificat *post mortem* et toutes pièces médicales utiles à fournir par les bénéficiaires ;
- une copie du dernier avis d'imposition du concubin.

En cas de décès ultérieur du conjoint

Les pièces à fournir sont les mêmes que lors du décès de l'assuré, complétées par un extrait de délibération du conseil de famille ayant nommé les tuteurs et subrogés – tuteurs des enfants mineurs.

5.1.1 Modalités de paiement du capital et revalorisation

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

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

5.2. Règlement des prestations pour les autres garanties

5.2.1. Modalités d'obtention des prestations

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

- Vous devez faire parvenir à notre médecin conseil un rapport médical détaillé indiquant la nature et le caractère définitif de votre invalidité.
- Notre médecin-conseil pourra mener un examen médical ou un contrôle en vue du versement ou de la continuité de versement des prestations. Les frais seront à notre charge.

En cas de maladie grave

- Vous devez faire parvenir à notre médecin-conseil un certificat médical établi par un médecin spécialiste posant le diagnostic précis et détaillé de la maladie, décrivant son historique et mentionnant la date des premiers symptômes.

En cas d'infirmité consécutive à un accident

- Vous devez faire parvenir à notre médecin-conseil la déclaration de votre accident indiquant les circonstances ainsi que tout document justificatif, accompagnée d'un certificat médical établi par un médecin décrivant vos lésions ou blessures, ainsi que leurs conséquences.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail

- Vous devez nous informer de votre arrêt de travail par une déclaration manuscrite, accompagnée de l'avis d'arrêt de travail initial établi par votre médecin traitant, avant le terme de la franchise prévue au contrat. **Passé ce délai, il est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration.**

À réception de cette déclaration, nous vous demanderons de nous faire parvenir :

- la déclaration d'arrêt d'activité, pour laquelle vous devez compléter de manière exhaustive les rubriques activité, arrêt de travail et circonstances de l'accident (le cas échéant), et préciser tout élément que vous jugerez utile à une gestion optimale de votre dossier ;
- l'attestation médicale initiale, complétée par une autorité médicale compétente détaillant les renseignements relatifs à l'incapacité temporaire totale de travail (nature de l'affection, description précise des traitements et durée prévisionnelle de l'arrêt de travail) ;
- en cas d'hospitalisation le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée et de sortie et reprenant la facturation du forfait hospitalier ;
- en cas d'hospitalisation avec acte chirurgical, il faudra également fournir le compte rendu hospitalier et opératoire, en plus du ou des bulletins ci-dessus ;
- en cas d'affection psychologique ou psychiatrique, vous devez nous fournir le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée et de sortie et reprenant la facturation du forfait hospitalier.

En cas de mise en œuvre de la garantie remboursement des frais généraux, nous pouvons vous demander des documents justificatifs supplémentaires tels qu'un état des dépenses prises en charge par la garantie listées au paragraphe 3.5.1. de la présente notice.

En cas de rechute dans les 3 mois suivant la reprise du travail, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection doit nous être adressé.

En cas d'incapacité permanente partielle ou totale de travail

Vous devez faire parvenir à notre médecin-conseil :

- la notification de mise en invalidité par le régime de prévoyance obligatoire ;
- le certificat médical ou toutes pièces médicales permettant d'établir le caractère permanent de votre arrêt de travail ;
- en cas d'affection psychologique ou psychiatrique, vous devez nous fournir le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée et de sortie et reprenant la facturation du forfait hospitalier.

Par ailleurs, pour chacun des événements garantis, nous nous réservons la possibilité d'exiger la production de pièces complémentaires et de vérifier la nature et les conséquences de l'événement garanti.

Toute déclaration frauduleuse de votre part entraînera la déchéance de votre droit à garantie.

5.2.2. Montant des prestations et revalorisation

Le montant des prestations en cours de service sera calculé sur la base de l'indice Agirc-Arrco de la dernière cotisation acquittée au moment de la survenance de l'événement garanti.

Ce montant sera indexé à chaque échéance anniversaire en fonction de l'évolution de la valeur du point Agirc-Arrco, dans la limite du fonds de revalorisation créé à cet effet, et après résolution adoptée par l'assemblée générale de l'AGIS.

5.3. Contrôle et expertise médicale

Vous devez immédiatement nous déclarer, sous peine d'être déchu de votre droit aux prestations, toute reprise, même partielle, d'activité professionnelle. Nous pouvons effectuer, à tout moment, les contrôles que nous jugerons nécessaires afin de pouvoir constater la réalité de votre état.

Le refus du libre accès auprès de l'adhérent des médecins entraîne la suspension de la garantie.

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

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

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;

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

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

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

5.4. Aggravation indépendante de l'événement garanti

Chaque fois que les conséquences d'un accident ou d'une maladie seront aggravées par l'état constitutionnel de la victime, par l'action d'une autre maladie ou d'une infirmité antérieure non garantie, par un manque de soins constaté, dû à une négligence de votre part ou à un traitement empirique, la durée de paiement des indemnités sera déterminée par le médecin délégué par l'assureur, non en fonction de la durée réelle d'arrêt de travail, mais de celle qui aurait été définie sur la base d'une personne soumise à un traitement médical adapté.

Annexe 1

Barèmes professionnels

Barème croisé applicable aux professions libérales, y compris médicales et paramédicales, aux commerçants, aux artisans et exploitants agricoles

Degré d'incapacité professionnelle	Degré d'incapacité fonctionnelle									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10				29	33	37	40	43	46	
20			32	37	42	46	50	55	59	
30		30	36	42	48	53	58	62	67	
40	25	33	40	46	52	58	64	69	74	
50	27	36	43	50	56	63	68	74	79	
60	29	38	46	53	60	66	73	79	84	
70	30	40	48	56	63	70	77	83	89	
80	32	42	50	58	66	74	80	87	93	
90	33	43	52	61	69	76	83	90	97	
100	34	45	54	63	71	79	86	93	100	

Le tableau ci-dessus propose une série de taux d'invalidité. Des taux intermédiaires peuvent être retenus même s'ils ne figurent pas à titre d'exemple sur ce tableau.

Le taux d'invalidité (t) est calculé selon la formule suivante :
taux d'invalidité (t) = $\sqrt[3]{(a^2 \times b)}$ où « a » représente le taux d'invalidité fonctionnelle et « b » le taux d'invalidité professionnelle.

Barème croisé « pro » applicable uniquement aux professions libérales (hors médicales et paramédicales et hors vétérinaires), aux artisans, aux commerçants, aux exploitants agricoles et aux pharmaciens d'officine

Degré d'incapacité professionnelle	Degré d'incapacité fonctionnelle										
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10					25	30	35	40	45	50	55
20				25	30	35	40	45	50	55	60
30		25	30	35	40	45	50	55	60	65	
40	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	
50	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	
60	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	
70	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	
80	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	
90	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	
100	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

Le tableau ci-dessus propose une série de taux d'invalidité. Des taux intermédiaires peuvent être retenus même s'ils ne figurent pas à titre d'exemple sur ce tableau.

Le taux d'invalidité (t) est calculé selon la formule suivante :
taux d'invalidité (t) = (a + b) / 2 où « a » représente le taux d'invalidité fonctionnelle et « b » le taux d'invalidité professionnelle.

Barème professionnel applicable uniquement aux professions médicales (médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens et sages-femmes), paramédicales et vétérinaires

Nature du handicap	Professions paramédicales		Professions médicales	
	Infirmiers et kinésithérapeutes	Autres professions paramédicales	Chirurgiens toutes spécialités	Autres professions médicales
1. Tête et organes sensoriels				
<i>1.1 Tête (avec ou sans fracture du crâne)</i>				
Hémiplégie organique complète	100 %	100 %	100 %	100 %
Hémiplégie organique avec activité réduite	100 %	50 % à 70 %	100 %	50 % à 70 %
Épilepsie : crises fréquentes aide d'une tierce personne	100 %	100 %	100 %	100 %
<i>1.2 Yeux et oreilles</i>				
Cécité complète	100 %	100 %	100 %	100 %
Perte totale d'un œil	25 % à 50 %	25 % à 45 %	25 % à 50 %	25 % à 45 %
Altération de la fonction visuelle	10 % à 60 %	10 % à 60 %	10 % à 60 %	10 % à 60 %
Surdité totale bilatérale non appareillable	100 %	100 %	100 %	100 %
Surdité totale unilatérale	15 % à 35 %	30 %	15 % à 35 %	30 %
Hypoacousie unilatérale démontrée	5 % à 20 %	3 % à 15 %	5 % à 20 %	3 % à 15 %
<i>1.3 Séquelles laryngologiques</i>				
Amputation de la langue, suivant le degré de gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition	15 % à 60 %	15 % à 80 %	15 % à 60 %	15 % à 80 %
<i>1.4 Mâchoires et dents</i>				
Perte de la mâchoire inférieure	10 % à 50 %	10 % à 50 %	10 % à 50 %	10 % à 50 %
Perte de la mâchoire supérieure	10 % à 50 %	10 % à 50 %	10 % à 50 %	10 % à 50 %
<i>1.5 Nez</i>				
Anosmie totale associée à agueusie	5 % à 20 %	5 % à 20 %	5 % à 20 %	5 % à 20 %

Suite >>>

>>> Suite

Nature du handicap	Professions paramédicales				Professions médicales			
	Infirmiers et kinésithérapeutes		Autres professions paramédicales		Chirurgiens toutes spécialités		Autres professions médicales	
	Dominant	Non dominant	Dominant	Non dominant	Dominant	Non dominant	Dominant	Non dominant
2. Les membres								
2.1 Les membres supérieurs								
Perte complète d'un ou des deux bras	100 %		100 %		100 %		100 %	
Perte complète d'une ou des deux mains (usage ou amputation)	100 %		100 %		100 %		100 %	
Blocage complet de l'épaule (amputation)	100 %		100 %		100 %		100 %	
Raideurs des poignets	5 % à 35 %	4 % à 30 %			5 % à 35 %	4 % à 30 %		
Ankylose du poignet	100 %		30 % à 65 %	25 % à 50 %	100 %		30 % à 65 %	25 % à 50 %
Perte complète du pouce	100 %	80 % à 100 %	30 % à 100 %	40 % à 100 %	100 %	80 % à 100 %	30 % à 100 %	40 % à 100 %
Perte complète de l'index	100 %	80 % à 100 %	25 % à 100 %	10 % à 70 %	100 %	80 % à 100 %	25 % à 100 %	10 % à 70 %
Perte complète du médium	100 %	80 % à 100 %	15 % à 100 %	15 % à 50 %	100 %	80 % à 100 %	15 % à 100 %	15 % à 50 %
Perte complète de l'annulaire	50 %	35 % à 50 %	4 % à 40 %	3 % à 35 %	50 %	35 % à 50 %	4 % à 40 %	3 % à 35 %
Perte complète de l'auriculaire	50 %	20 % à 50 %	6 % à 25 %	4 % à 20 %	50 %	20 % à 50 %	6 % à 25 %	4 % à 20 %
Ankylose (blocage) du coude	25 % à 100 %		20 % à 60 %	15 % à 50 %	25 % à 100 %		20 % à 60 %	15 % à 50 %
Ankylose (blocage) du poignet	35 % à 70 %				35 % à 70 %			
Ankylose (blocage) du pouce (partiel ou total)	60 % à 100 %				60 % à 100 %			
Blocage complet de l'épaule	100 %		55 % à 70 %	45 % à 60 %	100 %		55 % à 70 %	45 % à 60 %
Paralysie complète du nerf circonflexe	25 % à 80 %	20 % à 80 %	25 % à 80 %	20 % à 80 %	25 % à 80 %	20 % à 80 %	25 % à 80 %	20 % à 80 %
Paralysie complète du nerf médian	35 % à 100 %	20 % à 90 %	35 % à 100 %	20 % à 90 %	35 % à 100 %	20 % à 90 %	35 % à 100 %	20 % à 90 %
Paralysie complète du nerf radial	35 % à 100 %	20 % à 90 %	35 % à 100 %	20 % à 90 %	35 % à 100 %	20 % à 90 %	35 % à 100 %	20 % à 90 %
Paralysie complète du nerf cubital	25 % à 80 %	20 % à 70 %	25 % à 80 %	20 % à 70 %	25 % à 80 %	20 % à 70 %	25 % à 80 %	20 % à 70 %
2.1 Les membres inférieurs								
Perte complète d'un membre inférieur (amputation) et en fonction de l'appareillage								
Cuisse	60 % à 100 %		80 %		60 % à 100 %		80 %	
Jambe	40 % à 75 %		70 %		40 % à 75 %		70 %	
Pied	25 % à 60 %		20 % à 45 %		25 % à 60 %		20 % à 45 %	
Les cinq orteils	25 % à 35 %		25 % à 30 %		25 % à 35 %		25 % à 30 %	
Le gros orteil	20 % à 35 %		10 %		20 % à 35 %		10 %	
Un orteil	4 %		2 %		4 %		2 %	
Chevilles	45 % à 70 %		60 %		45 % à 70 %		60 %	
Ankylose (blocage) du genou	25 % à 70 %		40 %		25 % à 70 %		40 %	
Ankylose (blocage) de la hanche	40 % à 100 %		40 % à 75 %		40 % à 100 %		40 % à 75 %	
Blocage des deux hanches	100 %		100 %		100 %		100 %	
Genou : désarticulation en fonction de l'appareillage	40 % à 80 %		40 % à 80 %		40 % à 80 %		40 % à 80 %	
Raccourcissement d'un membre de 3 à 7 cm								
Raccourcissement d'un membre de 2 à 10 cm	10 % à 45 %		10 % à 45 %		10 % à 45 %		10 % à 45 %	
Paralysie du nerf sciatique								
Poplité externe	15 % à 40 %		10 % à 35 %		15 % à 40 %		10 % à 35 %	
Poplité interne	10 % à 30 %		8 % à 25 %		10 % à 30 %		8 % à 25 %	
Tronc du nerf	15 % à 60 %		12 % à 50 %		15 % à 60 %		12 % à 50 %	
3. Rachis thorax								
3.1 Rachis								
Paraplégie - tétraplégie totale	100 %		100 %		100 %		100 %	
Fracture ou luxation vertébrale (séquelles peu importantes à séquelles importantes) sans lésion de la moelle	10 % à 35 %		5 % à 25 %		10 % à 35 %		5 % à 25 %	
Problèmes lombaires (hernies discales compliquée, lumbago sévère)	15 % à 30 %		15 % à 30 %		15 % à 30 %		15 % à 30 %	
3-2 Thorax								
Fracture de la paroi thoracique (suivant atteinte de la fonction respiratoire ou non et de la douleur et déformation après fracture) et / ou fracture multiples de côtes avec séquelles	5 % à 50 %		3 % à 45 %		5 % à 50 %		3 % à 45 %	
3.3 Bassin								
Séquelles de fracture, troubles statiques moteurs et urinaires	15 % à 75 %		10 % à 50 %		15 % à 75 %		10 % à 50 %	
4. Pathologies								
4.1 Pathologies nécessitant l'aide permanente d'une tierce personne								
Hémiplégie irréversible	100 %		100 %		100 %		100 %	
Sclérose en plaques	100 %		100 %		100 %		100 %	
Syndrome frontal avec troubles très importants	100 %		100 %		100 %		100 %	
Aphonie non améliorable permanente (suite laryngectomie totale ou trachéotomie permanente)	100 %		100 %		100 %		100 %	
Épilepsie : crises fréquentes	100 %		100 %		100 %		100 %	
Troubles graves de l'équilibration	100 %		100 %		100 %		100 %	
4.2 Cardiovasculaires								
Artérite des membres inférieurs stade 4 définitive et incurable	100 %		100 %		100 %		100 %	
Insuffisance cardiaque majeure stade 4	100 %		100 %		100 %		100 %	
4-3 Rénales et génito-urinaires								
Insuffisance rénale	10 % à 100 %		10 % à 100 %		10 % à 100 %		10 % à 100 %	
Néphrectomie unilatérale	15 % à 40 %		15 % à 40 %		15 % à 40 %		15 % à 40 %	
Splénectomie selon la formule sanguine	15 % à 45 %		15 % à 45 %		15 % à 45 %		15 % à 45 %	

Le taux d'incapacité résultant de plusieurs infirmités provenant d'un même événement s'obtient par cumul des incapacités sans pouvoir dépasser le taux applicable en cas d'incapacité fonctionnelle totale.

De même, si plusieurs lésions atteignent le même membre, le taux d'incapacité ne pourra dépasser la perte du dit membre.

Pour les affections et atteintes corporelles non précisées dans ce barème contractuel, le barème de référence utilisé par l'expert indépendant est celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Annexe 2

Convention d'assistance prévoyance

Contrat collectif SwissLife Prévoyance et Santé SLPI N° GAC18 SAN1617

Autre appellation SWISS2183 – Conditions générales d'assistance

Comment contacter Filassistance ?			
Téléphone	De France	01 53 21 24 20 (appel non surtaxé)	24 heures sur 24, en indiquant le numéro de votre contrat : GAC18SAN1617 SWISS2183
	De l'étranger	+33 1 53 21 24 20	
Télécopie		09 77 40 17 88	
Courriel	operations@filassistance.fr		
Important : Pour que les prestations d'assistance soient acquises, Filassistance doit avoir été prévenue (par téléphone, par courriel ou télécopie) et avoir donné son accord préalable.			

1. Dispositions générales

SwissLife Prévoyance et Santé a souscrit au profit de ses adhérents un contrat collectif d'assistance n° GAC18SAN1617 auprès de Filassistance International (ci-après dénommée Filassistance).

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordées aux adhérents d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative SwissLife Prévoyance Indépendants auprès de SwissLife Prévoyance et Santé. Ces prestations sont assurées et gérées par Filassistance International, société anonyme au capital de 4 100 000 euros – 433 012 689 RCS Nanterre, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 108, Bureaux de la Colline, 922103 Saint-Cloud Cedex.

A. Les garanties d'assistance santé

1. Généralités

1.1. Bénéficiaires

Sauf précision contraire, ont la qualité de bénéficiaires :

- tout adhérent du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative ;
- son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un Pacs ;
- ses enfants à charge.

1.2. Validité territoriale

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

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

1.3. Prise d'effet et durée

Les garanties définies dans les présentes conditions générales d'assistance suivent le sort du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile, avenant, suspension, résiliation, etc.).

Les garanties sont acquises à tout adhérent visé au 1.1 dès lors que l'événement à l'origine de sa demande d'assistance survient durant la période de validité de cette convention et au plus tôt le 1^{er} mai 2018.

Les garanties prennent fin :

- à la fin de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit auprès de SwissLife Prévoyance et Santé ;
- à la date de résiliation du contrat collectif d'assistance n° GAC18SAN1617, dans ce cas SwissLife Prévoyance et Santé informera les adhérents de cette cessation.

1.4. Définitions

Pour l'application des présentes conditions générales d'assistance, on entend par :

Accident

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

Adhérent

Assuré bénéficiant des garanties du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative SwissLife Prévoyance Indépendants auprès de SwissLife Prévoyance et Santé.

Aidant

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

Animaux de compagnie

Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation

Sont exclus :

- tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races staffordshire bull terrier, mastiff, american staffordshire terrier, tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « pitt bull » ;
- tout animal relevant de la catégorie des « nouveaux animaux de compagnie » appartenant à l'une des espèces suivantes : reptiles, amphibiens, arachnides, scorpions, félins, primates, insectes ;
- tout chat, chien ou furet ne remplissant pas les obligations d'identification, de vaccination et de détention de passeport fixées par la réglementation européenne ;
- les animaux détenus par le bénéficiaire dans le cadre d'un élevage, d'une exploitation agricole ou d'une activité professionnelle ;
- le toilettage et les soins vétérinaires.

Ascendant dépendant

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

Atteinte corporelle grave

Accident causant une dégradation significative de l'état de santé du bénéficiaire avec un risque élevé de séquelles invalidantes ou de décès ou l'une des maladies graves ci-dessous listées :

- infarctus du myocarde : il s'agit de la nécrose d'une zone du muscle myocardique, dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électrocardiographique, associée à une augmentation des enzymes cardiaques et aux douleurs caractéristiques ;
- coronaropathie : sont prises en considération, les coronaropathies ayant nécessité une intervention chirurgicale à « cœur ouvert » avec au moins un double pontage coronarien ;
- accident vasculaire cérébral sans guérison complète : l'accident vasculaire cérébral est défini comme étant un infarctus du tissu cérébral ou une hémorragie intracrânienne. Il devra y être associé un déficit neurologique séquellaire persistant de façon constante plus de 15 jours ;
- cancer : toute tumeur maligne caractérisée par la croissance non contrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus. La preuve indiscutable d'un tel phénomène ou l'examen anatomopathologique d'une tumeur maligne doit être fourni. Sont également couverts les leucémies, les lymphomes et la maladie de Hodgkin ;
- insuffisance rénale : il s'agit des insuffisances rénales dépassées entraînant pour l'adhérent la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse péritonéale ou une hémodialyse ;

- greffe d'organe ; sont retenues les greffes d'organes suivantes : la greffe du cœur, du cœur et des poumons, celle du foie, du pancréas ou du rein. La greffe de la moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe. Le risque est considéré réalisé lorsque la maladie grave ou la greffe d'organe a fait l'objet d'un diagnostic, c'est-à-dire la constatation clinique et para-clinique d'une affection établie et justifiée de manière impartiale par une autorité médicale spécialisée.

Conjoint

Le conjoint proprement dit de l'adhérent, ou son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité.

Dépendance

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

Domicile

Le lieu de résidence principale et habituelle des adhérents, situé en France mentionné au certificat d'adhésion au contrat prévoyance souscrit auprès de SwissLife Prévoyance et Santé.

Enfants à charge

Sont considérés comme tels les enfants de l'assuré :

- de moins de 18 ans rattachés au foyer fiscal de l'assuré ;
- âgés de 18 à 26 ans fiscalement à charge de l'assuré, à condition qu'ils ne perçoivent pas de revenu propre supérieur à 50 % du smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;
- enfants âgés de 26 ans au plus, non fiscalement à charge, mais pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire suite à une décision de justice ;
- enfants handicapés âgés de moins de 21 ans et pour lesquels est versée l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;
- enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré, jusqu'à leur 26^e anniversaire.

Événement

Selon la garantie sollicitée, la maladie, l'accident, atteinte corporelle grave, le décès, dépendance.

Étranger

Pays autre que la France et ses zones d'outre-mer.

Frais de séjour

Frais d'hôtel petit-déjeuner continental inclus.

France

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

- pour les adhérents domiciliés à la Guadeloupe, à la Martinique, en Guyane française, à La Réunion ou à Mayotte, la zone de résidence désigne le département région d'outre-mer dans lequel se trouve le domicile ;
- pour les adhérents dont le domicile est situé en France métropolitaine, principautés d'Andorre ou de Monaco, la zone de résidence englobe ces trois états.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de santé supérieur à 24 heures consécutives (**sauf cas spécifique à une garantie**), effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un accident ou d'une maladie.

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

Immobilisation

Toute immobilisation temporaire au domicile, supérieure à 7 jours consécutifs, médicalement prescrite, et consécutive à un accident ou une maladie.

Invalidité permanente totale (IPT)

Est reconnu en IPT tout adhérent qui, après consolidation de son état, atteint un taux d'invalidité supérieur à 66 % pendant la période de validité de la garantie, et est dans l'incapacité totale et définitive d'exercer toute activité, même à temps partiel, et même si cette activité est limitée à la surveillance ou à la direction.

Maladie

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

Personne handicapée

Toute personne présentant un handicap au sens de l'article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles. Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Est considéré en PTIA, tout adhérent qui est reconnu pendant la période de validité de la garantie définitivement incapable de se livrer à toute occupation ou à tout travail lui procurant gain ou profit et dont l'état nécessite en permanence l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Proche parent

Ascendants et descendants au premier degré ou conjoint ci-dessus.

1.5. Nécessité de l'appel préalable

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

Filassistance

N° de téléphone : 01 53 21 24 20 (appel non surtaxé)

N° de télécopie : 09 77 40 17 88

L'organisation par l'adhérent* ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de Filassistance.

Pour toute demande d'assistance, l'adhérent* (ou toute autre personne agissant en son nom) doit :

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

1.6. Engagements financiers

1.6.1. Engagements financiers

Sans préjudice des règles exposées au 1.5 et 1.6.3, toute demande de remboursement adressée par l'adhérent* à Filassistance devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

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

1.6.2. Avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, Filassistance peut verser à l'adhérent, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

1.6.2.1. Conditions préalables au versement de l'avance par Filassistance

À titre de garantie de remboursement par l'adhérent* de l'avance consentie, **Filassistance adressera un certificat d'engagement à l'adhérent* qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à Filassistance. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par Filassistance.**

L'adhérent* devra joindre au certificat d'engagement transmis à Filassistance un chèque certifié ou un chèque de banque.

1.6.2.2. Délai de remboursement de l'avance à Filassistance

L'adhérent* s'engage à rembourser à Filassistance la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

1.6.2.3. Sanctions

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

1.6.3. Conditions d'ordre médical

Dans le cas où des renseignements relatifs à l'état de santé des assurés devaient être demandés, la nature de l'assistance et le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à la demande de l'adhérent* relèvent de la décision du médecin de Filassistance qui les recueille.

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

Afin de permettre au médecin de Filassistance de prendre sa décision, il pourra être demandé à l'adhérent de fournir tout justificatif médical de l'événement qui conduit l'adhérent à solliciter son assistance.

Le cas échéant, Filassistance recommande à l'adhérent d'adresser ces documents sous pli confidentiel à l'attention du service médical de Filassistance

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

1.6.4. Titres de transport

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

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

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

1.7. Exclusions

Filassistance ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur en France*.

Sont exclus des garanties d'assistance, dans tous les cas, les sinistres ayant pour origine :

- tout événement* survenu en dehors de la période de validité ou hors du champ territorial des présentes garanties ;
- l'engagement par le bénéficiaire de prestations sans accord préalable de Filassistance* ;
- l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants à doses non prescrites par une autorité médicale ou obtenus frauduleusement,
- un acte intentionnel du bénéficiaire de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties ;
- une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire de l'assistance ;
- la conduite en état d'ivresse, c'est-à-dire lorsque l'alcoolémie de l'assuré est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévu par la réglementation en vigueur ;
- la conduite de tout engin par le bénéficiaire s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur ;
- un suicide ou une tentative de suicide, de quelque nature que ce soit, s'il survient au cours de la première année d'adhésion ;
- la participation à des rixes ou émeutes, crimes et délits ;
- la guerre civile, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves : l'assisteuse devra prouver que le sinistre résulte de la guerre civile, de la participation active à un acte de terrorisme, d'attentat ou de sabotage, à une émeute, à une rixe ou à un mouvement populaire, de troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu ;
- la guerre étrangère : il appartient à l'adhérent ou aux bénéficiaires de l'assistance de prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère ;
- le maniement d'engins de guerre ou, d'une manière générale, toute arme de détention interdite, dont le bénéficiaire de l'assistance serait détenteur ou possesseur ou qu'il manipulerait volontairement ;
- les effets des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ;
- toute source de rayonnement ionisant, lorsque le bénéficiaire de l'assistance y est exposé de manière prévisible, fut-ce par intermittence ;
- les tentatives de record, exhibition ou pari ;
- les activités aériennes dans le cadre de compétitions : acrobaties, voltiges, raids, vols d'essai et vols sur prototypes, tentatives de record ;
- la pratique de courses de vitesse, de compétitions ou essais avec un véhicule ou une embarcation à moteur ;
- les sauts dans le vide quel que soit le moyen utilisé pour la chute ou la réception ;
- la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en vigueur et/ou dirigé par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valable et en cours de validité pour l'appareil, le pilote pouvant être le bénéficiaire de l'assistance lui-même ;
- la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- les accidents*, maladies, invalidités, infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à l'adhésion et non déclarés à l'adhésion ainsi que ceux qui sont formellement exclus sur le certificat d'adhésion ;
- les affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques, les états dépressifs de toute nature, les états anxio-dépressifs, la schizophrénie, les syndromes anxieux, les troubles de l'adaptation et du stress, les états névrotiques, les fibromyalgies, les syndromes de fatigue chronique, les « burn-out » à l'exception des garanties prévues au paragraphe 2.1.3 et les syndromes d'épuisement professionnels, sauf si elles ont occasionné une hospitalisation* de plus de 15 jours ;
- les affections liées à l'éthylisme ;
- les fibromyalgies et le syndrome de fatigue chronique ;
- les traitements esthétiques et les opérations de chirurgie esthétique ;
- l'IPT constatée en dehors du territoire national français ;
- les séjours et hospitalisations* dans les maisons de retraite, de repos, de convalescence ou de rééducation (sauf les séjours consécutifs à un accident* ou une maladie couverts par le contrat) ;
- les hospitalisations* pour traitements esthétiques, cures d'amaigrissement, de rajeunissement et cures de toutes natures ;
- seuls les grossesses et accouchements pathologiques sont couverts ;
- les cataclysmes ;
- l'accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois et ce y compris les périodes de formation, périodes d'initiation et de perfectionnement ;
- toute activité liée à la sécurité et pratiquée à titre non professionnel ;
- tout sinistre survenu dans le cadre d'activités accomplies au titre du dispositif de réserve de sécurité nationale telle que prévue par la réglementation française. Sont visés les personnes réservistes de la réserve opérationnelle militaire, de la réserve civile de la police nationale, de la réserve sanitaire, de la réserve civile pénitentiaire et des réserves de sécurité civile.

1.8. Prescription

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

Délai de prescription

Article L. 114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

Pour les contrats d'assurance vie, nonobstant les dispositions du 2^e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption 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.

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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

Causes ordinaires d'interruption de la prescription

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

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

Article 2240 du Code civil

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

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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

Article 2246 du Code civil

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

1.9. Subrogation

Conformément aux articles L. 121-12 et L. 131-2 du Code des assurances, Filassistance est subrogée dans les droits et actions de l'adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

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

1.10. Loi applicable

La présente convention est régie par le droit français.

À défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'adhérent.

1.11. Contrôle

Filassistance est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

1.12. Informatique et libertés

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

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

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 informatique et libertés modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de modification relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il devra adresser sa demande, accompagnée d'une copie (recto / verso) de sa pièce d'identité, à l'adresse suivante : **Filassistance – Correspondant Cnil – 108, Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex – ou cil@filassistance.fr**

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

1.13. Réclamations

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : **01 53 21 24 20** qui veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, l'adhérent pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante : **Filassistance – Service Qualité – 108, Bureaux de la Colline – 92213 Saint-Cloud Cedex – ou qualite@filassistance.fr**

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

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

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation,

L'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir gratuitement le médiateur de l'assurance, en adressant sa demande à l'adresse suivante : **Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.**

L'adhérent ou le bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org.

Le médiateur formulera un avis prévu par la charte de la médiation de l'assurance. Son avis ne s'impose pas aux parties et laisse la liberté pour l'adhérent ou le bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

1.14. Fausse déclaration

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent* entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.

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

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent* dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L. 113-9 du Code des assurances.

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

1.15. Exonération de responsabilité

Filassistance est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux adhérents s des garanties. Toutefois :

- la responsabilité de Filassistance est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et / ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports, etc.) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes ou des biens sur un territoire ou entre deux états donnés ;
- la responsabilité de Filassistance ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par l'adhérent* est consécutif(ve) à l'insuffisance des disponibilités locales ;
- Filassistance ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
 - soit, de cas de force majeure ;
 - soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L. 121-8 alinéa 2 du Code des assurances) ;
 - soit, des saisies ou contraintes par la force publique ;
 - soit, des interdictions officielles ;
 - soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage ;
 - soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

2. Garanties accordées

2.1. Assistance information

Rappel : les prestations d'information prévues aux 2.1.1, 2.1.2 2.1.3, 2.3.1, 2.4.1 et 2.7.1 sont **uniquement délivrées par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 19h (hors jours fériés), sur simple appel du bénéficiaire. En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.**

Filassistance s'engage à fournir une réponse dans un délai maximal de 72 heures.

Les prestations d'information juridique prévues aux 2.1.1, 2.1.2, 2.4.1 et 2.7.1 ont un caractère **uniquement documentaire** (au sens de l'article 66-1 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971) et ne pourront en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.

La responsabilité de Filassistance ne pourra en aucun cas être recherchée en cas de :

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

Les prestations d'information santé prévues aux 2.1.3 et 2.3.1 ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le bénéficiaire et, en aucun cas, à remplacer le médecin traitant. **Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

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

2.1.1. Information vie pratique et juridique

Filassistance recherche et communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants :

A. Renseignements juridiques

Habitation, logement, impôt, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense, recours, salaires, contrats de travail, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, décès, transmissions et succession, affaires sociales.

B. Renseignements vie pratique

Formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles, logement.

2.1.2. Information juridique sur la création d'entreprise

Filassistance recherche et communique au bénéficiaire les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants :

- les aides susceptibles d'être obtenues ;
- les différentes formes juridiques possibles ;
- les adresses utiles : réseaux de créateurs, sociétés d'aides, etc.

2.1.3. Prévention du burn out

Sur simple appel téléphonique, Filassistance organise et prend en charge d'une évaluation de la situation de stress au travail.

Un premier échange téléphonique approfondi, réalisé par les psychologues cliniciens de Filassistance permettra de poser un diagnostic.

Selon les résultats obtenus, le bénéficiaire sera invité à consulter un spécialiste pour une prise en charge préventive ou curative. **Les frais de consultation du spécialiste restent à la charge du bénéficiaire.**

Si le bénéficiaire le souhaite, il pourra être accompagné dans cette démarche par les psychologues cliniciens de Filassistance au travers d'entretiens téléphoniques d'accompagnement.

2.2. En cas d'immobilisation au domicile ou d'hospitalisation du bénéficiaire

Rappel : l'hospitalisation du bénéficiaire doit être supérieure à 24 heures consécutives et l'immobilisation au domicile doit être supérieure à 7 jours consécutifs.

2.2.1. En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures

2.2.1.1. Présence d'un proche

Si le bénéficiaire est seul lors de son hospitalisation, Filassistance organise et prend en charge **par événement** :

- le voyage aller-retour d'un proche (proche parent ou ami) se trouvant en France, à concurrence d'un billet de train 1^{re} classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet du bénéficiaire ;
- les frais de séjour à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 200 euros TTC maximum.

2.2.1.2. Garde des enfants de moins de 16 ans

Si, durant l'hospitalisation de l'adhérent ou de son conjoint, ses enfants dont il a la garde ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage de l'adhérent, Filassistance organise et prend en charge **par événement** :

- soit leur garde au domicile de l'adhérent pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de 150 euros TTC maximum par événement ;
- soit leur transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe chez un proche résidant dans la zone de résidence de l'adhérent ;
- soit le transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe d'un proche résidant dans la zone de résidence de l'adhérent ;
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers-retours répartis sur une semaine et dans un rayon de 25 kilomètres du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 500 euros TTC pour l'ensemble des enfants concernés.

2.2.1.3. Garde des ascendants

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

- soit leur garde pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 150 euros TTC pour l'ensemble de la prestation ;
- soit leur transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe chez un proche résidant dans la zone de résidence de l'adhérent ;
- soit le transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe d'un proche résidant dans la zone de résidence de l'adhérent jusqu'au domicile de l'adhérent.

2.2.1.4. Transfert à l'hôpital et retour au domicile

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

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

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

2.2.1.5. Accompagnement du conjoint à l'hôpital

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, le bénéficiaire est hospitalisé et que son conjoint ne peut se rendre à son chevet par ses propres moyens, Filassistance organise et prend en charge la conduite du conjoint et son retour au domicile à concurrence de 2 allers-retours et dans un rayon de 25 kilomètres du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 300 euros TTC.

2.2.1.6. Plan d'aide à la convalescence

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

Réalisation d'un entretien téléphonique par l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance avec l'adhérent ou sa famille pour évaluer sa situation médico-psychosociale et établir un plan d'aide à la convalescence.

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

Thèmes abordés :

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

2.2.2. En cas d'immobilisation de plus de 7 jours

2.2.2.1. Présence d'un proche

Si le bénéficiaire est seul lors de son immobilisation au domicile, Filassistance organise et prend en charge **par événement** :

- le voyage aller-retour d'un proche (proche parent ou ami) se trouvant dans la zone de résidence de l'adhérent, à concurrence d'un billet de train 1^{re} classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet de l'adhérent ;
- les frais de séjour à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 200 euros TTC maximum.

2.2.2.2. Garde des enfants de moins de 16 ans

Si, durant l'immobilisation de l'adhérent ou de son conjoint, ses enfants dont il a la garde ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage de l'adhérent, Filassistance organise et prend en charge **par événement** :

- soit leur garde au domicile de l'adhérent pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de 150 euros TTC maximum par événement ;
- soit leur transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe chez un proche résidant dans la zone de résidence de l'adhérent ;
- soit le transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe d'un proche résidant dans la zone de résidence de l'adhérent ;
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers-retours répartis sur une semaine et dans un rayon de 25 kilomètres du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 500 euros TTC pour l'ensemble des enfants concernés.

2.2.2.3. Garde des ascendants

Si, durant l'immobilisation de l'adhérent ou de son conjoint, ses ascendants dont il a la charge ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage de l'adhérent, Filassistance organise et prend en charge **par événement** :

- soit leur garde pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 150 euros TTC pour l'ensemble de la prestation ;
- soit leur transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe chez un proche résidant dans la zone de résidence de l'adhérent ;
- soit le transfert aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe d'un proche résidant dans la zone de résidence de l'adhérent jusqu'au domicile de l'adhérent.

2.2.2.4. Plan d'aide à la convalescence

Pendant l'immobilisation à domicile de l'adhérent ou de son conjoint.

Réalisation d'un entretien téléphonique par l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance avec l'adhérent ou sa famille pour évaluer sa situation médico-psychosociale et établir un plan d'aide à la convalescence.

Objectif : faciliter la vie de la famille pendant et après l'immobilisation :

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

2.2.2.5. Accompagnement psychologique

En cas d'arrêt de travail de plus de 7 jours, le bénéficiaire peut contacter Filassistance pour recevoir une aide psychologique délivrée par des psychologues cliniciens qui interviennent dans le strict respect de la déontologie applicable à la profession. En fonction de la situation du bénéficiaire, Filassistance organise et prend en charge 3 entretiens téléphoniques maximum.

2.3. En cas d'atteinte corporelle grave

2.3.1. Information relatives à la maladie et au handicap

Filassistance fournit des renseignements exclusivement d'ordre privé dans les domaines suivants :

- différentes possibilités de couverture et prises en charges en matière d'assurance maladie ;
- invalidité ;
- handicap ;
- associations, groupe de parole.

2.3.2. Prise en charge de la maladie et du handicap

En cas d'atteinte corporelle grave et sur simple demande de l'adhérent ou de ses proches parents, l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, etc., renseigne et accompagne l'adhérent et ses proches dans les domaines suivants :

- sensibilisation de l'adhérent et des proches sur les démarches à suivre ;
- conseils sur l'appréhension du handicap ou de la maladie ;
- conseil sur la gestion du stress et la survenance de celui-ci ;
- aide dans la prise de conscience de l'état de santé ;
- informations sur les associations, groupes de parole.

2.3.3. Assistance psychologique

En cas d'atteinte corporelle grave, le bénéficiaire peut contacter Filassistance pour recevoir une aide psychologique délivrée par des psychologues cliniciens qui interviennent dans le strict respect de la déontologie applicable à la profession. En fonction de la situation du bénéficiaire, Filassistance organise et prend en charge **3 entretiens téléphoniques maximum**.

2.3.4. Accompagnement médico-social

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

2.3.5. Aide à la recherche et mise en relation avec des prestataires de santé, de services d'aide à domicile, d'associations

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

Sur simple appel téléphonique, **du lundi au vendredi de 9h à 19h (hors jours fériés)**, Filassistance recherche et met en relation le bénéficiaire avec le prestataire qui pourra l'aider dans la vie courante pour :

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

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

2.3.6. Orientation vers des prestataires spécialisés

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

- aide à la toilette ;
- fournisseur de perruques ;
- coiffeur à domicile ;
- esthéticienne ;
- coach sportif.

2.3.7. Accompagnement dans les déplacements

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

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

2.3.8. Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement ou du véhicule

En cas d'atteinte corporelle grave et sur simple demande de l'adhérent ou de ses proches parents, Filassistance :

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

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

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

2.3.9. Accompagnement budgétaire et social

L'adhérent* ou l'un de ses proches parents peut contacter Filassistance pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

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

2.3.10. Aide-ménagère

Si l'état de santé de l'adhérent et / ou de son conjoint le nécessite et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, Filassistance organise et prend en charge la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas **dans la limite de 2 heures de travail effectif** dans les 2 jours qui suivent le retour au domicile **par événement**, selon le cas :

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

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

Cette garantie est limitée à 10 interventions maximum par année civile.

2.3.11. Garde des enfants de moins de 16 ans

Si, durant les hospitalisations relatives à une atteinte corporelle grave de l'adhérent ou de son conjoint, ses enfants dont il a la garde ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage de l'adhérent, Filassistance organise et prend en charge **par événement** :

- soit leur garde au domicile de l'adhérent durant l'hospitalisation ou pendant les 2 jours qui suivent le retour et ce **pendant les 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de 150 euros TTC maximum par événement** ;
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile **à concurrence de 2 allers-retours répartis sur la période d'hospitalisation ou les 2 jours qui suivent le retour au domicile et dans un rayon de 25 kilomètres du domicile.**

Cette garantie est limitée à 10 interventions maximum par année civile.

2.3.12. Accompagnement personnalisé pour réenvisager son avenir professionnel

Filassistance organise un bilan de situation professionnelle pour l'adhérent ou son conjoint confronté à la survenance d'une atteinte corporelle grave ou d'un handicap qui l'empêche de reprendre son activité préalable.

Filassistance accompagne l'adhérent dans la rédaction de CV, de lettres de motivation, aide à la préparation des entretiens d'embauche et vérifie l'adéquation entre le cursus et le poste recherché.

2.4. En cas de décès d'un bénéficiaire

2.4.1. Assistance information obsèques

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

2.4.2. Aide à la recherche d'un opérateur funéraire

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

2.4.3. Aide à l'organisation des obsèques

Filassistance, en cas de nécessité, aide à l'organisation des obsèques du bénéficiaire (en accord avec les organismes de pompes funèbres).

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

2.4.4. Avance de fonds

Suite au décès d'un proche parent de l'adhérent, Filassistance procure à l'adhérent, à titre d'avance sans intérêt, une somme de 1 000 euros maximum. Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds et elle a pour seule finalité de permettre aux adhérents de payer des dépenses imprévues et en lien direct avec la survenance de ce décès.

L'avance est versée par Filassistance et remboursée par l'adhérent conformément au paragraphe 1.6.2.

2.4.5. Rapatriement de corps

En cas de décès d'un adhérent survenant à plus de 50 kilomètres du domicile, à la demande de son entourage, Filassistance organise et prend en charge le transport du corps (ou des cendres) du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation en France. Filassistance prend également en charge les frais annexes et nécessaires à ce transport (frais de cercueil modèle simple, frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement nécessaires au transport et conformes à la législation locale).

La prise en charge de ce transport et des frais annexes est effectuée **dans la limite de 1 500 euros TTC maximum si le décès a lieu en France.**

2.4.6. Présence d'un proche

En cas de décès de l'adhérent, Filassistance organise et prend en charge par événement :

- le voyage aller-retour d'un proche (proche parent ou ami) se trouvant **dans la zone de résidence de l'adhérent**, à concurrence **d'un billet de train 1^{re} classe ou d'un billet d'avion classe économique** pour se rendre aux obsèques de l'adhérent ;
- les frais de séjour à l'hôtel de ce proche pendant **2 nuits à concurrence de 100 euros TTC maximum par nuit.**

2.4.7. Retour anticipé des autres personnes

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

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

2.4.8. Rapatriement des animaux de compagnie

En cas de décès d'un bénéficiaire à plus de 50 kilomètres du domicile et de rapatriement de son corps par Filassistance, Filassistance organise et **prend à charge l'hébergement ou le rapatriement de l'animal de compagnie qui l'accompagne dans son voyage à concurrence de 320 euros TTC maximum.**

Cette garantie est mise en œuvre lorsque l'adhérent voyageait seulement accompagné de son animal de compagnie.

2.4.9. Garde des enfant de moins de 16 ans en cas de décès de l'adhérent (ou son conjoint)

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

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

Si, suite au décès de l'adhérent (ou de son conjoint), ses enfants de moins de 16 ans dont il avait la charge ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de son entourage, **Filassistance organise et prend en charge par événement :**

- soit leur garde par une personne qualifiée au domicile de l'adhérent **dans la limite de 2 jours consécutifs maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour dans un délai de 1 mois à compter de la date du décès ;**
- soit leur transfert **aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe** chez un proche résidant **dans la zone de résidence de l'adhérent ;**
- soit le transfert **aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe** au domicile de l'adhérent d'un proche résidant **dans la zone de résidence de l'adhérent ;**

- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de **10 allers-retours maximum sur 1 semaine et dans un rayon de 25 kilomètres du domicile pour un montant maximum de 500 euros TTC pour l'ensemble des enfants concernés.**

2.4.10. Garde des ascendants à charge vivant au foyer de l'adhérent

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

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

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

- soit leur garde par une personne qualifiée au domicile de l'adhérent **dans la limite de 2 jours consécutifs maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour dans un délai de 1 mois à compter de la date du décès ;**
- soit leur transfert **aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe** chez un proche résidant **dans la zone de résidence de l'adhérent ;**
- soit le transfert **aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe** au domicile de l'adhérent d'un proche résidant **dans la zone de résidence de l'adhérent.**

2.4.11. Accompagnement médico-social

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

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

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

2.4.12. Accompagnement psychologique

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

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

Aucune prise en charge ne sera acceptée par Filassistance dans les situations suivantes :

- si le décès est consécutif à l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, de l'absorption d'alcool ;
- si le décès est consécutif à la pratique d'un sport exercé à titre professionnel dans le cadre d'une compétition ou d'un entraînement.

2.4.13. Bilan de situation professionnelle et aide à la recherche d'emploi

Filassistance organise un bilan de situation professionnelle pour le conjoint survivant dans les 3 mois qui suivent le décès.

Filassistance accompagne le conjoint survivant dans la rédaction de CV, de lettres de motivation, aide à la préparation des entretiens d'embauche et vérifie l'adéquation entre le cursus et le poste recherché.

2.4.14. Transmission de messages

Filassistance reçoit et transmet à leur destinataire les messages à caractère urgent émis par le conjoint survivant.

De même, à la demande d'un membre de sa famille, Filassistance communique à l'adhérent* tout message à caractère urgent qui est laissé à son intention.

Les commandes, annulations de commande, tous textes entraînant une responsabilité financière sont transmis sous la seule responsabilité de leur auteur, qui devra être identifié.

Filassistance se réserve le droit de refuser la mise en œuvre de cette garantie si le contenu du message constitue une atteinte à l'ordre public et / ou aux bonnes mœurs.

2.4.15. Accompagnement psychologique des enfants

En cas de décès de l'adhérent* ou de son conjoint, Filassistance met l'adhérent (ou le conjoint survivant) en relation avec la plate-forme d'écoute médico-sociale composée de chargé d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et / ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique afin d'étudier les besoins de suivi psychologiques des enfants face au décès du parent.

2.4.16. Aide à la vente d'un bien immobilier

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

2.4.17. Mise à disposition de courriers types

En cas de décès de l'adhérent* ou de son conjoint Filassistance assure la mise à disposition au conjoint survivant des courriers types nécessaires aux organismes et administrations et leur communique, le cas échéant, leurs coordonnées pour les informer du décès et prendre les mesures adéquates dans les domaines suivants :

- établissement bancaire et de crédit ;
- compagnie d'électricité, compagnie des eaux, opérateurs de téléphonie, divers assureurs ;
- assureurs complémentaires santé et prévoyance ;
- caisse d'assurance maladie-maternité ;
- caisse de retraite de base et, le cas échéant, complémentaire de l'adhérent ou de son conjoint ;
- centre des impôts ;
- bailleur de logement ou local d'exploitation si locataire ;
- expert-comptable et centre de formalités des entreprises si poursuite de l'exploitation.

2.4.18. Accompagnement dans les démarches

Sur simple appel téléphonique, Filassistance conseille l'adhérent ou le conjoint survivant de l'adhérent sur les organismes à contacter, et met en relation le cas échéant avec les services sociaux locaux.

Sur demande, Filassistance accompagne l'adhérent ou le conjoint survivant de l'adhérent dans la constitution de dossiers administratifs, en lui communiquant par téléphone, courrier ou e-mail, la liste des pièces à fournir et des courriers types.

2.4.19. Information juridique sur les successions

En cas de décès de l'adhérent, Filassistance assure la mise à disposition au conjoint survivant de l'adhérent, une assistance téléphonique concernant les démarches administratives (déclaration de décès, aides sociales, pensions de veuvage, droits...) et juridique liés à la succession.

2.5. En cas de PTIA ou d'IPT

Les prestations du 2.5, sont mises en œuvre si, à la suite d'un accident ou d'une maladie engendrant une PTIA / IPT, l'un des adhérents est dans un état de perte totale et irréversible d'autonomie ou en invalidité permanente totale déclarée par l'assureur.

Les prestations du 2.5 sont mises en œuvre au maximum dans les 12 mois suivant le versement du capital par l'assureur.

2.5.1. Check-up solutions de vie

Sur simple demande de l'adhérent, l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, etc., réalise un « check-up solution de vie » (entretiens téléphoniques, informations, envoi de fiches prévention autonomie, sur des sujets tels que l'aménagement du domicile, le matériel d'aide à la marche et aux déplacements, les aides pour la communication et les loisirs, l'auxiliaire de vie, etc.).

Le « check-up solution de vie » de Filassistance aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours par l'adhérent (l'isolement social, l'entretien du domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillage, etc.).

Ce bilan est à la disposition de l'adhérent ou de ses proches parents afin de favoriser son maintien à domicile et préserver sa qualité de vie. C'est pourquoi, l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance délivre des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'adhérent et ses

proches parents dans leurs démarches de maintien à domicile.

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

De plus, lors de ses entretiens téléphoniques, notre équipe aide l'adhérent ou ses proches parents à constituer un dossier solution de vie, à établir un état de ses dépenses et de ses revenus et les informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière.

Selon la situation de l'adhérent, nous conseillons l'adhérent ou ses proches parents sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, etc.), nous les orientons vers les organismes concernés et le cas échéant nous les mettons en relation avec les services sociaux locaux.

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

La responsabilité de Filassistance ne pourra en aucun cas être recherchée en cas de :

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

2.5.2. Organisation de services à domicile

Filassistance propose l'organisation et la coordination de services au quotidien. Sur simple appel téléphonique, **du lundi au vendredi (hors jours fériés), de 9h à 19h**, Filassistance recherche et met en relation l'adhérent avec le prestataire qui pourra l'aider dans la vie courante pour :

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

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

2.5.3. Accompagnement dans les déplacements

Filassistance recherche pour l'adhérent des services d'aide au déplacement pour se rendre dans des lieux publics tels que la banque, la Poste, un établissement de soins, un cabinet médical, etc.

Filassistance organise et prend en charge, le cas échéant, la venue d'un accompagnateur (accompagnement véhiculé ou au bras) **dans la limite de 150 euros TTC par année civile.**

2.5.4. Adaptabilité du domicile

En cas d'IPT ou de PTIA de l'adhérent qui l'empêche de se déplacer et d'accéder seul à toutes les pièces de son domicile, à la demande de ce dernier, Filassistance recherche les solutions techniques, administratives et financières susceptibles de permettre le maintien de l'adhérent à son domicile.

Afin de déterminer au mieux les impératifs d'adaptation du domicile aux besoins de l'adhérent en perte d'autonomie de déplacement, Filassistance missionne un ergothérapeute chargé d'élaborer et proposer une solution de maintien de l'adhérent à son domicile.

2.5.4.1. Audit d'adaptabilité du domicile

À cette fin, l'ergothérapeute :

- réalise un diagnostic technique du caractère fonctionnel du logement : évaluation de l'accessibilité du logement (exemples : étages, escaliers, couloirs, etc.) et de son adaptabilité éventuelle (exemple : possibilités d'aménagement des pièces et du mobilier, etc.) au regard de la perte définitive d'autonomie de déplacement ;
- soumet l'adhérent à des tests d'évaluation de sa mobilité au sein de son logement. Cette aptitude à se déplacer, seul et en toute sécurité, est déterminée en tenant compte des équipements adaptés dont dispose l'adhérent lors de la réalisation du bilan (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, prothèses). Au besoin, l'ergothérapeute s'entretient, pour avis, avec le médecin traitant de l'adhérent de la situation de ce dernier et de son évolution probable ;
- dresse un audit de la situation financière et administrative de l'adhérent.

2.5.4.2. Solution de maintien au domicile

À l'issue de ces opérations, l'ergothérapeute adresse à l'adhérent un avis sur la possibilité de maintien au domicile comportant les renseignements suivants :

- une solution chiffrée d'aménagements immobiliers et / ou d'agencement mobilier accompagnée des coordonnées des professionnels susceptibles de les réaliser ;
- l'indication chiffrée des matériels susceptibles de faciliter les déplacements intérieurs et les coordonnées de professionnels commercialisant ce type de matériels ;
- les possibilités d'aides au financement des travaux d'adaptation de son domicile et la mention des interlocuteurs appropriés dans ces démarches (ANAH, par exemple).

Si l'adhérent accepte la solution suggérée par l'ergothérapeute, il retourne à Filassistance la solution de maintien datée et signée. À réception de l'accord écrit de l'adhérent, Filassistance organise :

- la réalisation des travaux : Filassistance missionne, dans les meilleurs délais, les prestataires recommandés par l'ergothérapeute pour procéder à la réalisation des aménagements et agencements préconisés ;
- la commande, la livraison et l'installation des matériels médicaux spécifiques mentionnés dans la solution de maintien au domicile rédigé par l'ergothérapeute.

Filassistance prend en charge la prestation de l'ergothérapeute dans la limite de 460 euros TTC maximum, à l'exclusion de tous les autres frais.

2.5.5. Livraison / installation de matériel médical

Filassistance contacte si nécessaire, des prestataires de matériel médical (exemples : lit médicalisé, déambulateurs, etc.) et organise la livraison et l'installation du matériel.

Les frais de transport, les frais d'acquisition des matériels, les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il y a lieu, main-d'œuvre et déplacement) seront réglés directement par l'adhérent au prestataire concerné.

2.5.6. Recherche d'établissements spécialisés

Si l'adhérent ne peut être maintenu à son domicile, Filassistance l'informe des démarches à suivre et des établissements susceptibles de l'accueillir pendant sa convalescence.

Filassistance lui communique les coordonnées des différents établissements se trouvant dans sa région et de leurs caractéristiques.

2.5.7. Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

En cas d'IPT ou de PTIA de l'adhérent, l'adhérent peut contacter Filassistance pour recevoir une aide psychologique délivrée par des psychologues cliniciens qui interviennent dans le strict respect de la déontologie applicable à la profession. En fonction de la situation de l'adhérent, Filassistance organise et prend en charge **3 entretiens téléphoniques maximum**.

2.5.8. Aide au maintien en activité

Sur simple appel téléphonique, l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance réalise une action médico-psycho-sociale auprès de l'adhérent présentant une invalidité ou un handicap accompagnant la reconversion professionnelle :

- bilan de situation professionnelle ;
- mise en relation avec des organismes de formation en charge du reclassement professionnel pour les adultes handicapés ;
- mise en relation avec les organismes d'aide à la création d'entreprise ;
- conseil dans la rédaction de CV et de lettres de motivation ;
- aide à la préparation des entretiens.

2.5.9. Accompagnement dans les démarches administratives

Sur simple appel téléphonique, Filassistance conseille l'adhérent sur les organismes à contacter, les financements possibles (exemples : organismes publics, mutuelles, caisse de retraite) et met en relation le cas échéant avec les services sociaux locaux.

Sur demande, Filassistance accompagne l'adhérent dans la constitution de dossiers administratifs pour obtenir une prise en charge publique ou privée, en lui communiquant par téléphone, courrier ou e-mail, la liste des pièces à fournir et des courriers types.

2.6. Accompagnement en cas de dépendance d'un proche parent : « l'aide aux aidants »

Les garanties du 2.6 sont mises en œuvre au profit de l'adhérent (ou son conjoint) si celui-ci devient, postérieurement à l'adhésion, aidant d'un proche parent en état de dépendance (cf. 1.4 définition de la dépendance). Filassistance pourra demander à l'adhérent de communiquer tout justificatif utile établissant le niveau de dépendance du proche parent (attestation d'allocation perte d'autonomie, attestation émanant d'un organisme social ou fiscal par exemple).

2.6.1. Pour l'adhérent lui-même en prévention ou pour son proche aidé

2.6.1.1. Service de renseignement sur la dépendance

Filassistance communique à l'adhérent toutes les informations dont il a besoin dans le cadre de la survenance de la dépendance d'un proche parent, notamment ses droits et les démarches administratives, juridiques, sociale, pratiques et médicales.

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

2.6.1.2. Bilan de prévention dépendance

À la demande de l'adhérent (ou à celle des proches parents), l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, etc., réalise un « bilan prévention dépendance » du proche parent.

Le bilan prévention dépendance de Filassistance aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (notamment l'isolement social, l'entretien du domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillage) et est à la disposition de l'adhérent afin de favoriser son maintien à domicile et préserver sa qualité de vie.

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

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

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

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

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

Selon la situation du proche parent de l'adhérent, l'équipe de Filassistance le renseigne sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, etc.), l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.

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

La responsabilité de Filassistance ne pourra en aucun cas être recherchée en cas de :

- **interprétation inexacte du ou des renseignement(s) que l'adhérent aura obtenu(s) ;**
- **difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par l'adhérent, des informations communiquées.**

2.6.1.3. Bilan prévention mémoire

L'équipe pluridisciplinaire de Filassistance réalise une évaluation médico-psycho-sociale. En cas de plainte mnésique objectivée, la personne est orientée vers une filière de prise en charge (évaluation spécialisée des fonctions cognitives, orientation vers les structures proposant une stimulation cognitive, écoute, information, accompagnement). En cas de vieillissement normal des fonctions cognitives, elle peut bénéficier d'un programme d'entraînement et d'un accompagnement personnalisé.

2.6.1.4. Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence

L'équipe pluridisciplinaire de Filassistance composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, est à la disposition de l'adhérent pour l'écouter, l'informer sur ce qu'est l'incontinence, ses principales formes, les traitements possibles ainsi que sur les prises en charges publiques. Elle délivre également des conseils et des informations (éventuellement sous forme de fiches pratiques sur des sujets tels que l'incontinence urinaire, les symptômes, l'échographie vésicale, etc.) pour accompagner l'adhérent

dans ses démarches. Si nécessaire, l'équipe médico-psycho-sociale pourra orienter l'adhérent vers son médecin traitant afin que soit réalisé un examen complet par des professionnels compétents.

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

2.6.1.5. Services d'assistance « à la carte »

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

- assurer la livraison de repas, de courses, de médicaments ;
- trouver une aide-ménagère, un accompagnateur pour les déplacements ;
- trouver une auxiliaire de vie, des professionnels paramédicaux ;
- trouver un coiffeur, un pédicure, une esthéticienne, une dame de compagnie, un service « blanchisserie » ;
- mettre en place la garde du domicile (vigile ou télé-sécurité) ;
- garder les petits-enfants, les animaux de compagnie ;
- préparer l'adaptation du logement (ergothérapeute ou autre) ;
- et tout autre service de proximité.

2.6.2. Quand l'adhérent est aidant d'un proche parent, pour l'accompagner

2.6.2.1. Bilan 360°

Filassistance délivre un bilan « 360° de l'aidant ». Ce bilan permet d'analyser la situation de « couple » aidant / proche parent aidé et de proposer les solutions adéquates. Filassistance s'engage à réaliser un bilan global de la situation pour l'aidant et son Proche parent aidé en tenant compte du contexte et des conditions de vie, de l'entourage, des ressources financières, etc.

En fonction de la situation, Filassistance, informe l'aidant dans les thématiques suivantes liées à la dépendance :

- écoute ;
- habitat ;
- informations / formations ;
- prévention santé ;
- organisation de la vie au domicile / coordination ;
- répit ;
- juridique ;
- financier.

2.6.2.2. Accompagnement dans les démarches administratives

Sur simple appel téléphonique, Filassistance conseille l'aidant sur les organismes à contacter, les financements possibles (exemples : organismes publics, mutuelles, caisse de retraite) et met en relation le cas échéant avec les services sociaux locaux.

Sur demande, Filassistance accompagne l'aidant dans la constitution de dossiers administratifs pour obtenir une prise en charge publique ou privée, en lui communiquant par téléphone, courrier ou e-mail, la liste des pièces à fournir et des courriers types.

2.6.2.3. Aide à la constitution de dossier

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

2.6.2.4. Recherche d'établissements spécialisés en vue d'un placement longue durée

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

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

2.6.2.5. Assistance déménagement

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

Les frais engagés restent à la charge de l'aidant.

2.6.2.6. Recherche d'établissements temporaires

Sur simple appel téléphonique et 7 jours sur 7, Filassistance recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir temporairement les proches parents dépendants de l'aidant, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.

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

2.6.2.7. Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Sur simple appel de l'aidant, lors de la survenance de la dépendance d'un proche parent, Filassistance peut le mettre en relation avec sa plate-forme d'écoute médico-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, etc., destinée à lui assurer une écoute adaptée et / ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique. En fonction de la situation de l'adhérent, Filassistance organise et prend en charge **3 entretiens téléphoniques maximum**.

2.6.2.8. La téléassistance en cas de dépendance d'un proche parent

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

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

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

Selon la situation, l'aidant ou son conjoint ou les services d'urgence seront alertés. Prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels :

- gestion de la « fiche médicale » du proche dépendant ;
- écoute 24 heures sur 24 par les équipes d'assistance ;
- présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée dans le centre d'appel ;
- dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médico-psycho-sociale ;
- mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (sans prise en charge).

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

2.6.2.9. Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement

Sur demande de l'aidant (ou son conjoint), Filassistance :

- recherche des entreprises pour faire établir des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement du proche dépendant et met en relation l'adhérent (ou son conjoint) avec ces entreprises s'il le souhaite ;
- donne des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, l'adaptateur sur véhicules, sur les associations.

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

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

2.6.2.10. Billet de visite ou garde malade

Lors du retour à domicile de l'aidant à la suite d'une hospitalisation de plus de 10 jours :

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

Filassistance rembourse également les frais de séjour à l'hôtel à concurrence de **100 euros TTC maximum par nuit, avec un maximum par séjour de 200 euros TTC. Les frais de restauration sont exclus.**

Le billet de visite est accordé pour un **trajet réalisé en intégralité dans la zone territoriale mentionnée au 1.2 ;**

- soit, lors du retour à domicile de l'aidant après une période d'hospitalisation de plus de 10 jours, Filassistance recherche et prend en charge une garde malade dans la limite de **10 heures, pendant les 5 jours** qui suivent le retour au domicile afin qu'elle s'occupe du parent proche dépendant.

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

2.6.2.11. Service soutien de la mémoire

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

- **s'approprier le « pourquoi je dois entretenir ma mémoire et comment le faire » ;**
- **stimuler ses fonctions intellectuelles et lui permettre d'acquérir des stratégies de mémorisation afin de les utiliser dans la vie quotidienne ;**
- **repenser son hygiène de vie, vis à vis des différents facteurs de risque de survenue d'une maladie neurodégénérative.**

La prestation prévention et soutien de la mémoire s'inscrit dans une démarche déontologique, en respectant les choix des personnes et sans se substituer aux professionnels de santé.

2.7. Accompagnement à la retraite

2.7.1. Information retraite

L'adhérent ou son conjoint peut accéder au service d'informations pratiques et juridiques sur la retraite dispensé par Filassistance.

2.7.1.1. Informations pratiques

À la demande de l'adhérent ou de son conjoint, Filassistance informe sur les modalités de départ en retraite, communique les coordonnées des caisses de retraite et des organismes des régimes complémentaires, des régimes de retraite des travailleurs salariés, artisans, commerçants, professions libérales (etc.), renseigne sur les activités, avantages tarifaires et publications destinés aux seniors.

2.7.1.2. Informations juridiques

À la demande de l'adhérent ou de son conjoint, Filassistance délivre les informations légales et réglementaires concernant les conditions et les modalités de départ à la retraite, les règles de liquidation et de paiement de la pension, le régime juridique, fiscal et social de la pension de retraite, la pension de réversion, les prestations familiales et sociales, le cumul emploi-retraite.

2.7.2. Accompagnement psychologique

Afin de préparer et d'accompagner la transition de vie que constitue le départ en retraite, Filassistance met à disposition un service d'aide à la conduite du changement donnant accès à une ligne ouverte d'accompagnement psychologique par **téléphone 7 jours sur 7, 24 heures sur 24** permettant à l'adhérent ou à son conjoint d'entrer en contact avec un psychologue. En fonction de la situation de l'adhérent, Filassistance organise et prend en charge **3 entretiens téléphoniques maximum**.



SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 150 000 000 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

322 215 021 RCS Nanterre

SwissLife Assurance

et Patrimoine

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 169 036 086,38 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

341 785 632 RCS Nanterre

www.swisslife.fr

Filassistance

Siège social :

108 Bureaux de la Colline

92210 Saint-Cloud

SA au capital de

4 100 000 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

433 012 689 RCS Nanterre