

Conditions générales

Référencées : CG/HA/RENTE DÉPENDANCE/01.2017

CONTRAT INDIVIDUEL

Sommaire

PRÉAMBULE	2
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT.....	2
ARTICLE 2 - DÉFINITIONS.....	2
TITRE I SOUSCRIPTION DU CONTRAT	2
ARTICLE 3 - CONDITIONS ET FORMALITÉS DE LA SOUSCRIPTION.....	2
ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET DU CONTRAT.....	3
ARTICLE 5 - RENONCIATION.....	3
ARTICLE 6 - DURÉE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DU CONTRAT.....	3
ARTICLE 7 - OBLIGATIONS DÉCLARATIVES ET NULLITÉ DU CONTRAT.....	3
TITRE II GARANTIES	3
ARTICLE 8 - LA GARANTIE DÉPENDANCE.....	3
ARTICLE 9 - LA GARANTIE DÉCÈS.....	4
ARTICLE 10 - CHOIX ET CESSATION DE LA GARANTIE OPTIONNELLE « FORFAIT REPOS DE L'AIDANT ».....	4
ARTICLE 11 - MODIFICATION DU MONTANT DE LA RENTE GARANTIE DÉPENDANCE.....	5
ARTICLE 12 - PÉRIODE D'ATTENTE.....	5
ARTICLE 13 - FRANCHISE.....	5
ARTICLE 14 - REVALORISATION DE LA RENTE GARANTIE.....	5
ARTICLE 15 - EXCLUSIONS.....	5
TITRE III COTISATIONS ET FRAIS	6
ARTICLE 16 - MONTANT DES COTISATIONS.....	6
ARTICLE 17 - PAIEMENT DES COTISATIONS.....	6
ARTICLE 18 - EXONÉRATION DES COTISATIONS.....	6
ARTICLE 19 - RÉVISION DES COTISATIONS.....	6
ARTICLE 20 - DÉFAUT DE PAIEMENT DE COTISATIONS.....	6
ARTICLE 21 - MISE EN RÉDUCTION DU CONTRAT.....	6
TITRE IV VERSEMENT DES PRESTATIONS	6
ARTICLE 22 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	6
ARTICLE 23 - DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	8
TITRE V DISPOSITIONS GÉNÉRALES	8
ARTICLE 24 - PRESCRIPTION.....	8
ARTICLE 25 - SOUSCRIPTION À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES.....	8
ARTICLE 26 - DEMANDES D'INFORMATIONS - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION.....	9
ARTICLE 27 - CONTRÔLE DE L'ASSUREUR.....	9
ARTICLE 28 - DISPOSITIONS DIVERSES.....	9
ANNEXE 1	10
ANNEXE 2	13

PRÉAMBULE

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Sous réserve des exclusions prévues à l'article 15, le présent contrat a pour objet de garantir à l'assuré :

- le versement d'une rente viagère lorsque l'assuré se trouve en état de dépendance totale ou partielle,
 - le versement au père et/ou à la mère du Souscripteur d'un capital « proche dépendant », lorsque le père et/ou la mère de l'assuré se trouvent en état de dépendance totale ou partielle,
 - le versement au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) d'un capital en cas de décès de l'assuré survenu avant tout état de dépendance,
 - le versement d'un capital « repos de l'aidant » si cette option a été retenue par l'assuré,
- des prestations d'assistance, telles que définies en annexe 2 des présentes Conditions Générales.

RENTE DÉPENDANCE est un produit assuré par HUMANIS ASSURANCES, Société Anonyme au capital de 13 565 655 Euros entièrement libéré - Entreprise régie par le Code des Assurances - RCS Paris 447 883 661 - Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris, dénommée ci-après « l'Assureur ».

Et par FILASSISTANCE International, S.A. au capital de 3 500 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le N° 433 012 689, dont le siège social est situé à Saint Cloud Cedex - 92213 - 108 Bureaux de la Colline, pour l'assistance.

Le présent contrat est composé :

- des présentes Conditions Générales référencées « CG/HA/RENTE DÉPENDANCE/01.2017 » et de ses dispositions annexées, des Conditions Générales d'assistance valant notice d'information F 16 D 0500,
- d'une demande de souscription remplie et signée par le Souscripteur,
- et du Certificat d'Adhésion émis par l'Assureur.

Il est régi par la loi française, est rédigé en langue française et le restera pendant toute sa durée. Il est régi par le Code des assurances.

ARTICLE 2 - DÉFINITIONS

Accident : l'accident s'entend de l'effet soudain, violent et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique de l'assuré une atteinte ou lésion corporelle.

Assuré : la personne physique couverte par les garanties du présent contrat.

Ayant droit : l'ayant droit s'entend de la personne qui possède un droit sur le patrimoine du Souscripteur en cas de décès de celui-ci.

Bénéficiaire : est considérée comme bénéficiaire la personne qui recevra la prestation due par l'Assureur en cas de réalisation du risque garanti par le présent contrat.

Concubin : personne vivant en concubinage avec le Souscripteur. Conformément à l'article 515-8 du Code Civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

Consolidation : la consolidation s'entend de l'état de santé stabilisé, qui n'est plus susceptible d'amélioration dans le temps, soit spontanément, soit par le fait d'un traitement.

Délai d'attente : on appelle délai d'attente la période suivant la date d'effet de la souscription pendant laquelle le Souscripteur cotise sans pouvoir bénéficier des prestations prévues par le présent contrat.

Délai de franchise : on appelle délai de franchise la période suivant la date de reconnaissance de l'état de dépendance ne permettant pas le versement des prestations prévues par le présent contrat.

Dépendance : impossibilité médicalement constatée d'accomplir, sans l'aide d'une tierce personne, certains actes élémentaires et essentiels de la vie courante (faire sa toilette, s'alimenter, s'habiller, se déplacer, être continent et effectuer ses transferts). L'état de dépendance est évalué par référence à la grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources).

Garantie : elle correspond à l'engagement de l'Assureur de verser une prestation si l'assuré est victime d'un sinistre.

PACS : il s'agit du sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité.

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par l'Assureur.

Risque : le risque est un événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté de l'assuré.

Sinistre : le sinistre correspond à la réalisation du risque.

Souscripteur : le Souscripteur est la personne qui souscrit le contrat et dont la demande de souscription a été acceptée par l'Assureur.

Territoire de Résidence : France métropolitaine, Corse, Départements et Régions d'Outre-Mer. Le demandeur justifie de son territoire de résidence en produisant à l'Assureur une copie de son dernier avis d'imposition au titre de ses revenus.

TITRE I - SOUSCRIPTION DU CONTRAT

ARTICLE 3 - CONDITIONS ET FORMALITÉS DE LA SOUSCRIPTION

La souscription du présent contrat est réservée à toute personne, **âgée de 18 ans et plus et de moins de 76 ans** au 1^{er} janvier de l'année d'effet du contrat et domiciliée sur l'un des Territoires de Résidence définis ci-dessus.

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance du demandeur.

Pour bénéficier de la garantie le demandeur doit :

- remplir et signer la demande de souscription de l'Assureur. Le demandeur indique notamment le montant de la rente et l'option s'il souhaite la retenir. Ce document doit être accompagné du formulaire de prélèvement « Mandat SEPA ».
- et pouvoir répondre négativement à l'ensemble des questions médicales figurant sur le formulaire questionnaire médical simplifié. En cas de réponse positive à au moins l'une des questions, un questionnaire médical complet devra être renseigné par ses soins.

Après étude du dossier du demandeur, l'Assureur informe ce dernier de la décision prise :

- Soit l'Assureur **accepte de garantir le demandeur**, l'Assureur émet un Certificat d'Adhésion formalisant la conclusion du contrat et mentionnant la date de prise d'effet ainsi que les caractéristiques du contrat.
- Soit l'Assureur accepte de garantir le demandeur mais avec une surprime : il propose alors au demandeur une majoration de tarif. Cette proposition sera notifiée au demandeur par lettre confidentielle du Médecin conseil de l'Assureur précisant l'affection qui justifie le montant de la surprime.

Le demandeur peut alors accepter ou refuser la surprime :

- Si le demandeur accepte la surprime : dans ce cas, il retournera l'un des deux exemplaires de la lettre, sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin conseil, après l'avoir signée et revêtue de la mention « BON POUR ACCORD ».

Cet exemplaire devra impérativement être retourné dans les 20 jours au service médical de l'Assureur, suivant sa date d'envoi par ce dernier. Le demandeur recevra alors un Certificat d'Adhésion formalisant la conclusion du contrat et mentionnant la date de prise d'effet ainsi que les caractéristiques du contrat. À défaut, le demandeur sera considéré comme ayant renoncé à la souscription.

- Si le demandeur refuse la surprime : ce refus signifiera qu'il renonce à la demande de souscription.

Dans tous les cas, la prise d'effet est subordonnée à l'acceptation médicale du dossier de souscription du demandeur par le Médecin conseil de l'Assureur ou à la signature de la lettre de surprime par le demandeur et au règlement de la première cotisation.

Par la signature de la demande de souscription, le demandeur reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance du présent contrat.

ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Le contrat prend effet, sous réserve de l'acceptation médicale du dossier de souscription et du paiement de la première cotisation :

- à la date souhaitée par le demandeur, sous réserve que celle-ci se situe dans la période de 3 mois suivant la réception de la demande de souscription et de la signature de la lettre de surprime notifiée le cas échéant,
- ou à défaut, au 1^{er} jour du mois civil suivant l'acceptation médicale de la demande de souscription, ou à la signature de la lettre de surprime par le demandeur.

L'Assureur émet un Certificat d'Adhésion formalisant la conclusion du contrat et mentionnant la date de prise d'effet ainsi que les caractéristiques du contrat. En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion fait foi entre les parties.

ARTICLE 5 - RENONCIATION

Le Souscripteur dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus, suivant la date d'effet du contrat, pour annuler le contrat par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à HUMANIS ASSURANCES, CS 20011, 59895 Lille cedex 9.

Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation est rappelé ci-après :

« Je soussigné(e).....domicilié(e)..... déclare renoncer au contrat RENTE DÉPENDANCE numéroté « indiquer le numéro de contrat présent dans le certificat d'adhésion » souscrit à effet du .../.../... et demande le remboursement des cotisations déjà versées, dans le délai de 30 jours prévu par la loi. Fait le à Date, Signature ».

ARTICLE 6 - DURÉE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DU CONTRAT

6.1 Durée du contrat

Le contrat se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Il est ensuite renouvelé par tacite reconduction d'année en année.

6.2 Cas de cessation du contrat

Le contrat peut cesser :

- **à la demande du Souscripteur**, au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande parvienne au plus tard le 31 octobre,
- à la demande du Souscripteur ou de l'Assureur, **en cas de domiciliation hors des Territoires de Résidence** définis au présent contrat. Le Souscripteur ou l'Assureur peut dénoncer le contrat en cours d'année dans les trois mois suivant la date du changement de domiciliation hors des Territoires de Résidence définis au présent contrat ou la date de sa révélation.
- **en cas de non-paiement de la cotisation**, selon les dispositions prévues à l'article 20,
- **En cas de survenance de l'état de dépendance pendant le délai d'attente** défini à l'article 12. L'intégralité des cotisations perçues depuis la souscription sera alors remboursée dans un délai de 30 jours, sauf s'il est prouvé que les déclarations à la souscription avaient un caractère volontairement frauduleux comme défini à l'article 7.
- **Au jour du décès du Souscripteur**. Le contrat prend fin au jour du décès du Souscripteur et, si une rente est en cours de service, le versement de la rente cesse.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification ou au jour du décès, en cas de décès. L'Assureur rembourse au Souscripteur la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

ARTICLE 7 - OBLIGATIONS DÉCLARATIVES ET NULLITÉ DU CONTRAT

- **Le Souscripteur changeant de domicile au cours du contrat doit informer l'Assureur par lettre recommandée de sa nouvelle adresse. À défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu par l'Assureur produiront toutes leurs effets dans les délais normaux, le cachet de la poste attestant de la date d'envoi, faisant foi.**

- **Conformément à l'article L113-8 du Code des Assurances, lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle du Souscripteur change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Souscripteur a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat sera nul et les cotisations versées resteront acquises à l'Assureur.**

Toutefois, conformément à l'article L132-26 du Code des Assurances, l'erreur sur l'âge du Souscripteur n'entraîne la nullité du contrat que lorsque son âge véritable se trouve, lors de la souscription du contrat, en dehors des limites fixées à l'article 3.

Dans tout autre cas si, par suite d'une erreur de ce genre, la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le montant garanti est réduit, en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable du Souscripteur.

Si la cotisation payée est supérieure à celle qui aurait dû être acquittée, l'Assureur est tenu de restituer la portion de cotisation qu'il a reçue en trop sans intérêt.

TITRE II - GARANTIES

Les garanties sont acquises en France métropolitaine, en Corse, dans les Départements et région d'Outre-Mer.

ARTICLE 8 - LA GARANTIE DÉPENDANCE

8.1 Définition de l'état de dépendance

L'état de dépendance est l'impossibilité médicalement constatée, d'accomplir, sans l'aide d'une tierce personne, un certain nombre d'actes élémentaires de la vie quotidienne parmi les 10 activités corporelles et mentales, dites discriminantes, définis ci-après et dont l'état de santé est consolidé :

Activités corporelles et mentales (discriminantes) :

Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société.

Se repérer dans l'espace et le temps.

Faire sa toilette.

S'habiller, se déshabiller.

Se servir et manger.

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.

Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre.

Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie.

Se déplacer en dehors du lieu de vie.

Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin.

L'état de dépendance est évalué dans le cadre du présent contrat par référence à la grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources), décrite en annexe 2.1 et 2.2 du Code de l'action sociale et des familles, que le demandeur soit éligible ou non à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.). Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes dits « iso-ressources » (GIR).

La reconnaissance de l'état de dépendance est constatée par le Médecin conseil de l'Assureur par référence aux groupes GIR mentionnés ci-dessous.

Au sens du présent contrat, est reconnu en état de **dépendance totale**, l'assuré dont l'état est consolidé sans possibilité d'amélioration et qui est classé par l'Assureur dans les groupes iso-ressources 1 ou 2 (GIR 1 ou 2).

Est reconnu en état de **dépendance partielle**, l'assuré dont l'état est consolidé sans possibilité d'amélioration et qui est classé par l'Assureur dans le groupe iso-ressources 3 (GIR 3) de la grille AGGIR.

Les définitions des trois premiers groupes sont les suivantes :

- Le GIR 1 comprend les personnes en fin de vie ou les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le GIR 2 concerne les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui sont capables de se déplacer et qui nécessitent une surveillance permanente.
- Le GIR 3 réunit les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.

Dans tous les cas, la dépendance doit être consolidée, c'est-à-dire qu'au moment de l'évaluation, l'état de santé du demandeur doit être considéré comme ne pouvant plus s'améliorer dans le temps, soit spontanément, soit par le fait d'un traitement.

8.2 La rente dépendance

8.2.1 L'objet de la garantie rente dépendance

En cas de reconnaissance de l'état de dépendance totale ou partielle de l'assuré par le Médecin conseil de l'Assureur, l'Assureur verse à l'assuré, à l'expiration du délai de franchise prévu à l'article 13, une rente viagère, telle que figurant sur le Certificat d'Adhésion, éventuellement augmentée ou diminuée au cours du contrat.

L'Assureur verse à l'assuré une rente correspondant à :

- 100 % du montant de la rente figurant sur le Certificat d'Adhésion en cas de reconnaissance d'un état de dépendance de l'assuré classé par l'Assureur en GIR 1 ou 2,
- 50 % du montant de la rente figurant sur le Certificat d'Adhésion, en cas de reconnaissance d'un état de dépendance de l'assuré classé par l'Assureur en GIR 3.

Le versement de la rente dépendance met fin à la garantie décès ainsi qu'à la garantie « proche dépendant ».

8.2.2 Le montant de la rente dépendance

Le montant de la rente est fonction du choix du Souscripteur figurant sur la demande de souscription.

Celui-ci doit retenir un montant **par tranche de 100 euros sans pouvoir excéder un montant de 3 000 euros**.

Au cours du contrat le Souscripteur peut réduire ou augmenter le montant garanti selon les dispositions prévues ci-après à l'article 11.

8.3 Le capital « proche dépendant »

En cas de reconnaissance de l'état de dépendance totale ou partielle du père et/ou de la mère du Souscripteur par le Médecin conseil de l'Assureur, l'Assureur verse au père et/ou à la mère du Souscripteur, à l'expiration du délai de franchise prévu à l'article 13, un capital de 2 000 euros par parent reconnu en état de dépendance.

La garantie cesse en cas de versement de la rente dépendance.

ARTICLE 9 - LA GARANTIE DÉCÈS

9.1 Le montant de la garantie décès

En cas de décès du Souscripteur avant la reconnaissance d'un état de dépendance, l'Assureur verse au(x) bénéficiaire(s), un capital correspondant à 10 % du montant de la rente annuelle figurant sur le Certificat d'Adhésion, éventuellement augmenté ou diminué au cours du contrat.

Le versement du capital met fin à l'ensemble des garanties assurées par le présent contrat.

9.2 Les bénéficiaires

9.2.1 La désignation de bénéficiaires contractuelle

À défaut de désignation personnalisée du bénéficiaire formalisée par le Souscripteur ou si la désignation est devenue caduque ou en cas de

décès de tous les bénéficiaires désignés avant le décès du Souscripteur, le(s) bénéficiaire(s) du capital sont :

- le conjoint survivant du Souscripteur à condition qu'il ne soit pas séparé de corps judiciairement au moment du décès ou le partenaire du Souscripteur lié par un PACS ou le concubin du Souscripteur, à condition qu'il ne soit pas séparé au moment du décès,
- à défaut, les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à charge ou non, du Souscripteur, par parts égales entre eux,
- à défaut le père et la mère, du Souscripteur par parts égales entre eux ou le survivant d'entre eux,
- à défaut, les héritiers du Souscripteur, par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

9.2.2 La désignation de bénéficiaires personnalisée - la modification de la désignation

Le Souscripteur peut, s'il le souhaite, désigner toute autre personne, fixer un ordre d'attribution et de partage du capital différent ou modifier sa désignation au cours du contrat notamment si la désignation n'est plus appropriée (changement de situation de famille, naissance ...).

La désignation du bénéficiaire devient toutefois irrévocable en cas d'acceptation de celui-ci, avec l'accord exprès du Souscripteur, dans les formes prévues à l'article L132-9 du Code des Assurances.

9.2.3 Les modalités de la désignation de bénéficiaires

La désignation du ou des bénéficiaire(s) peut être effectuée sur la demande de souscription, sur un formulaire particulier mis à disposition par l'Assureur en cas de désignation personnalisée, par acte sous seing privé ou par acte authentique. Les coordonnées du ou des bénéficiaires nommément désignés peuvent y être portées afin de permettre à l'Assureur de le(s) contacter en cas de décès.

9.2.4 Cas de caducité de la désignation personnalisée

La désignation personnalisée est caduque par la disparition du ou des bénéficiaires, par annulation du Souscripteur ou en cas de révocation prévue par le Code Civil. Sans nouvelle désignation, la désignation de bénéficiaires contractuelle visée au point 9.2.1 s'applique alors.

9.2.5 Cas particuliers

En cas de décès du Souscripteur et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le Souscripteur est présumé avoir survécu le dernier.

ARTICLE 10 - CHOIX ET CESSATION DE LA GARANTIE OPTIONNELLE « FORFAIT REPOS DE L'AIDANT »

Le Souscripteur peut également souscrire, via la demande de souscription, la garantie optionnelle suivante. Elle figure sur le Certificat d'Adhésion qui seul fait foi entre les parties. Cette garantie optionnelle ne peut pas être souscrite en cours de contrat.

10.1 La garantie optionnelle « forfait repos de l'aidant »

Si le Souscripteur a choisi cette option, et en cas de placement temporaire du Souscripteur en établissement, hors établissement hospitalier, ou d'une garde à domicile, l'Assureur verse à l'aidant de l'assuré, un capital forfaitaire correspondant à **60 € par jour dans la limite de 10 jours calendaires par année civile**.

Les jours dédiés au repos de l'aidant **ne sont pas cumulables ni reportables d'une année civile sur l'autre**. Ils ne peuvent pas être divisés en demi-journées ou par heures. Ils peuvent être posés de manière continue ou discontinue au cours de l'année.

La garantie intervient en cas de reconnaissance d'un état de dépendance de l'assuré, classé par l'Assureur dès le GIR 3.

Sur présentation de justificatifs définis à l'article 22.4, le capital forfaitaire est versé à l'aidant de l'assuré, ayant acquitté les frais correspondant à un placement temporaire de l'assuré en établissement ou d'une garde à domicile.

Le montant du capital forfaitaire ne fait pas l'objet de revalorisation.

10.2 La cessation de la garantie optionnelle

Le Souscripteur peut demander la résiliation de la garantie optionnelle, sous réserve d'en formuler la demande auprès de l'Assureur avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.

La résiliation de la garantie optionnelle est définitive.

ARTICLE 11 - MODIFICATION DU MONTANT DE LA RENTE GARANTIE DÉPENDANCE

Le Souscripteur peut demander l'augmentation ou la diminution par tranche de 100 €, du montant de sa rente, dans la limite de 3 000 €.

La modification du montant de la rente prend effet à la date du 1^{er} janvier suivant la demande, sous réserve que celle-ci soit adressée au moins deux mois avant le 31 octobre de l'année en cours.

En cas d'augmentation du montant de la rente, la demande devra par ailleurs être formulée avant le 31 octobre suivant le 75^{ème} anniversaire du Souscripteur. Cette demande est considérée comme une nouvelle demande de souscription et sera alors soumise aux mêmes conditions d'acceptation, de refus médical et de prise d'effet prévues aux articles 3 et 4, qu'une nouvelle souscription de contrat, pour la partie de rente complémentaire.

En cas d'augmentation du montant de la rente, les dispositions visées à l'article 12, s'appliqueront pour la prise d'effet de ces garanties supplémentaires.

L'Assureur émet un Certificat d'Adhésion mentionnant les caractéristiques et la date de prise d'effet de la modification du contrat.

En cas de refus médical, le Souscripteur ne pourra présenter de nouvelle demande d'augmentation du montant de la rente, avant l'expiration d'un délai de deux ans, à compter de la notification du refus médical.

ARTICLE 12 - PÉRIODE D'ATTENTE

Les garanties prennent effet :

- pour les cas de dépendance consécutive à un accident : dès la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion pour un état de dépendance dont la survenance est consécutive à un accident ;
- après un délai d'attente **de 3 ans** à compter de la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion, pour les cas de dépendance consécutive :
 - à une affection diagnostiquée et/ou investiguée neurologique, neurodégénérative ou psychiatrique,
 - à la maladie diagnostiquée et/ou investiguée d'Alzheimer (ou tout état de démence sénile ou démence vasculaire),
 - à la maladie diagnostiquée et/ou investiguée de Parkinson,
 - ou à la maladie diagnostiquée et/ou investiguée de la sclérose en plaques.
- Pour les états de dépendance consécutifs à une autre cause que celles prévues aux deux points développés ci-dessus ainsi que pour la garantie « capital proche dépendant » : après un délai d'attente **de 1 an** à compter de la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion.

La prise d'effet de la garantie résultant d'une augmentation du capital intervient à l'expiration des délais d'attente précités.

En cas de survenance de l'état de dépendance pendant le délai d'attente, aucune garantie dépendance n'est accordée.

ARTICLE 13 - FRANCHISE

Lors de la première demande de prestation de dépendance, l'Assureur ne verse la garantie rente dépendance et le capital proche dépendant que si la durée totale de l'état de dépendance, sans interruption, dépasse la période de franchise.

Cette franchise a une durée de 3 mois qui commence à courir à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la date de début de l'état de dépendance reconnue à un niveau indemnisable par le Médecin conseil de l'Assureur.

La franchise n'est pas appliquée lorsque l'assuré en état de dépendance partielle indemnisé par l'Assureur passe en état de dépendance totale.

ARTICLE 14 - REVALORISATION DE LA RENTE GARANTIE

La revalorisation des prestations (la rente garantie en cas de dépendance ou du capital garantie en cas de décès, le capital proche dépendant) s'effectue sur la base du pourcentage d'augmentation du point AGIRC constaté entre le 1^{er} juillet de l'exercice au cours duquel le contrat a pris effet et le 1^{er} juillet, date de la revalorisation.

Ces revalorisations sont effectuées dans la limite du fonds de revalorisation du contrat RENTE DÉPENDANCE, objet des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 15 - EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur, les sinistres qui résultent :

1. de la tentative de suicide de l'assuré,
2. du suicide de l'assuré survenu dans la première année qui suit la date d'effet du contrat ou de l'augmentation de la rente pour la partie complémentaire,
3. d'accidents, blessures, mutilations ou maladies qui sont le fait volontaire de l'assuré,
4. d'un fait intentionnellement causé ou provoqué par un bénéficiaire, en cas de décès de l'assuré,
5. d'un fait intentionnel de l'assuré provoquant une dépendance,
6. de risques aériens se rapportant à :
 - des compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, raids,
 - des vols d'essai, vols sur prototype,
 - des vols effectués avec un deltaplane ou un engin Ultra Léger Motorisé (ULM),
 - des sauts effectués avec un élastique, un parachute ou un parapente,
 - des vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
 - des vols ou sauts effectués avec tout autre matériel équivalent, si le matériel ou le vol ou le saut ne sont pas homologués, sauf accord exprès de l'Assureur,
7. directement ou indirectement de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active. Lorsque la France est partie belligérante, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
8. de risques provenant de l'usage de véhicules à moteur, encourus à l'occasion de compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, de courses, de rallyes de vitesse, démonstrations ou acrobaties,
9. des conséquences de la participation volontaire et violente de l'assuré à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, de rixes, sauf cas de légitime défense et assistance à personne en danger, et des jeux et paris,
10. de l'usage de stupéfiants, de tranquillisants ou de produits toxiques non prescrits médicalement,
11. directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation des noyaux d'atome,
12. des conséquences de l'état pathologique caractérisé par l'alcoolodépendance ou une alcoolopathie,
13. d'un accident causé par l'assuré conduisant un véhicule sous l'emprise d'un état alcoolique caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre, défini à l'article R.234-1 du Code de la Route, sauf si le(s) bénéficiaire(s) apporte(nt) la preuve que cette concentration d'alcool n'a eu aucun lien de cause à effet avec la réalisation de l'accident,
14. de l'état de dépendance tel que défini à l'article 8.1, survenu antérieurement, à la date de souscription du contrat.

Le fait que l'Assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises,

ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

TITRE III - COTISATIONS ET FRAIS

ARTICLE 16 - MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction du montant de la rente souscrite et de l'option « repos de l'aidant » si celle-ci a été souscrite, ainsi que de l'âge du Souscripteur, atteint à la date d'effet du contrat.

L'âge se calcule en faisant la différence entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance du Souscripteur.

Elle est forfaitaire et exprimée en euros. Elle n'évolue pas annuellement en fonction de l'âge du Souscripteur.

En cas d'augmentation du montant de la rente, le montant de la cotisation correspondant à la partie de rente complémentaire est déterminé en fonction de l'âge du Souscripteur atteint à la date d'effet de la demande d'augmentation.

En cas de diminution du capital, le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge du Souscripteur atteint à la date d'effet de la souscription initiale.

ARTICLE 17 - PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont payables d'avance selon les modalités fixées sur la demande de souscription, et notamment par prélèvement automatique selon la périodicité retenue par le Souscripteur.

Si la date d'effet du contrat ne coïncide pas avec le 1^{er} janvier de l'année civile, les cotisations sont calculées au prorata du nombre de mois restant à courir jusqu'à la fin de l'exercice. Tout mois commencé est dû intégralement.

En cas de survenance de l'état de dépendance pendant le délai d'attente défini à l'article 12, l'intégralité des cotisations perçues depuis la souscription est remboursée dans un délai de 30 jours, sauf s'il est prouvé que les déclarations à la souscription avaient un caractère volontairement frauduleux comme défini à l'article 7.

ARTICLE 18 - EXONÉRATION DES COTISATIONS

En cas de décès de l'assuré ou en cas de reconnaissance de l'état de dépendance totale par l'Assureur dans le groupe iso-ressources 1 ou 2 (GIR 1 ou 2) défini à l'article 8, les cotisations cessent d'être dues, à compter de l'événement ou à compter du 1^{er} janvier suivant le début du versement de la rente Dépendance.

En cas de modification du niveau de dépendance entraînant une requalification en dépendance partielle, les cotisations sont à nouveau dues à compter du 1^{er} janvier suivant le début du versement de la rente Dépendance réévaluée.

ARTICLE 19 - RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations étant fixées en fonction du montant de la rente garantie, elles évoluent à chaque échéance annuelle dans les mêmes conditions que celle-ci lors de sa revalorisation.

Les cotisations sont réexaminées par l'Assureur en fin d'année et peuvent être modifiées de la part de l'Assureur notamment, si les résultats techniques et/ou financiers du contrat le requièrent ou encore à raison des évolutions des statistiques relatives au risque dépendance.

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par l'Assureur en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la protection sociale et de celle relative à la fiscalité.

La révision des cotisations fait l'objet d'un avenant signé par les parties au contrat.

Le Souscripteur dispose d'un délai d'un mois avant la date de prise d'effet de la révision des cotisations pour refuser, par l'envoi d'une lettre recommandée, cette révision. Dans ce cas, le contrat sera résilié ou mis en réduction selon les dispositions de l'article 21.

ARTICLE 20 - DÉFAUT DE PAIEMENT DE COTISATIONS

Lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'Assureur adresse

au Souscripteur une lettre recommandée par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de cette lettre le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai entraîne la résiliation du présent contrat.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Assureur se réserve le droit d'appliquer des intérêts de retard égaux à 1 % des sommes dues par mois de retard, tout mois commencé entraînant le versement de cette pénalité.

ARTICLE 21 - MISE EN RÉDUCTION DU CONTRAT

En cas d'arrêt de paiement de la cotisation, les garanties sont maintenues pour un montant de rente dépendance et capitaux décès réduits, sous réserve du paiement effectif de la cotisation pendant **au moins 5 années**.

Le montant de la rente dépendance réduite sera déterminé en fonction du nombre de cotisations déjà versées et de l'âge de l'assuré à la date de réduction.

En cas de mise en réduction du contrat, les garanties « capital proche dépendant » et « forfait repos de l'aidant », si l'option a été souscrite, cessent.

Dès lors que cinq années de cotisations ont été payées, le Souscripteur peut également demander la réduction de sa garantie initiale.

TITRE IV - VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 22 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

22.1 Paiement des cotisations

Pour que le bénéficiaire puisse bénéficier des prestations, le Souscripteur doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat RENTE DÉPENDANCE.

22.2 Conditions de versement de la garantie dépendance

22.2.1 Reconnaissance de l'état de dépendance

En cas de survenance d'un état de dépendance, il appartient à l'assuré ou à une personne de son entourage d'adresser à l'Assureur, sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur, le formulaire de « demande de prestation de dépendance », complété et signé par le médecin traitant ou hospitalier de l'assuré.

Un questionnaire d'appréciation et d'évaluation d'un état de dépendance est adressé en retour. Ce document est à faire compléter par le médecin traitant ou hospitalier de l'assuré et à retourner, sous pli confidentiel, au Médecin conseil de l'Assureur.

La reconnaissance de l'état de dépendance relève de l'expertise du Médecin conseil de l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire qui lui serait nécessaire pour l'étude du dossier ainsi que de faire procéder à tout examen complémentaire par un médecin désigné par l'Assureur en dehors du médecin traitant, l'assuré demandant à bénéficier des prestations. En cas de refus de l'assuré ou de son représentant, celui-ci perd tout droit à garantie.

22.2.2 Notification de l'état de dépendance

Le Médecin conseil de l'Assureur se prononce sur l'existence d'un état de dépendance au vu des pièces constitutives du dossier et du rapport de visite médical d'expertise éventuel.

L'Assureur notifie alors sa décision à l'assuré par courrier.

22.2.3 Procédure de conciliation

L'assuré en désaccord avec la décision de l'Assureur, doit adresser dans les 30 jours suivant la notification une contestation au service médical de l'Assureur par lettre recommandée avec avis de réception et demander expressément la mise en place d'une procédure de conciliation.

Un troisième médecin désigné par le Médecin conseil de l'Assureur et le médecin traitant de l'assuré est choisi parmi les médecins exerçant la

médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance, dans le ressort duquel se situe le domicile de l'assuré, saisi sur demande de la partie la plus diligente.

La décision du médecin arbitre s'impose à l'assuré et à l'Assureur qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination.

21.2.4 Modification du niveau de dépendance

Le niveau de l'état de dépendance peut évoluer en fonction d'une modification de l'état de santé de l'assuré entraînant un changement dans le niveau de versement de la rente. Un nouveau dossier médical sera alors constitué.

Toutefois, des changements temporaires dans l'état de santé de l'assuré ne donnent pas lieu à un changement du niveau de dépendance reconnu. Un changement dans l'état de santé de l'assuré n'est plus considéré comme temporaire s'il dure plus de trois mois.

22.3 Contrôle de persistance de l'état de dépendance au titre de la rente dépendance

Le Médecin conseil se réserve la faculté de procéder à tout moment au contrôle de la persistance de l'état de dépendance de l'assuré et

notamment de le faire examiner par un médecin désigné par ses soins. Il peut en outre demander la communication de tout document qu'il juge nécessaire pour l'appréciation de l'état de santé de l'assuré.

Un justificatif de suivi de l'état de dépendance rempli par le médecin traitant ou hospitalier et signé par celui-ci, attestant que l'assuré est toujours en vie et en état de dépendance doit être adressé à l'Assureur, sous pli confidentiel à l'attention de son Médecin conseil tous les 6 mois.

Si l'assuré ne répond plus aux critères de reconnaissance de l'état de dépendance, la garantie rente dépendance est suspendue pour reprendre sans délai le jour où l'état de dépendance est à nouveau reconnu, sur demande de l'assuré.

En cas de refus de l'assuré de se soumettre à un contrôle ou de communiquer les documents demandés, le paiement de la garantie rente dépendance est suspendu.

Pendant le service de la rente, l'assuré est tenu d'informer l'Assureur sur l'évolution de son état de santé.

22.4 Pièces justificatives

Le bénéficiaire de la garantie dépendance, de la garantie décès ou du forfait « repos de l'aidant » est tenu, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Assureur les déclarations et pièces justificatives suivantes :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestation en cas de...	Décès	Dépendance	Repos de l'aidant
Certificat médical précisant la cause du décès (maladie ou accident, origine de la maladie, date de l'accident ou de la première constatation médicale de la maladie, date et nature du décès).	✓		
Original de l'extrait d'acte de décès.	✓		
Acte de dévolution successorale.	✓		
En cas d'accident ou de suicide, rapport de gendarmerie.	✓		
Copie du livret de famille du Souscripteur.	✓	✓	
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...).	✓		
Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire.	✓		
Attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité.	✓		
Justificatif de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance).	✓		
Tout document certifiant l'attribution à l'assuré et au proche dépendant d'une prestation attribuée par les pouvoirs publics et indiquant le Groupe Iso-Ressources.		✓	
Tout nouveau justificatif de perte d'autonomie de l'assuré en cas d'aggravation de la situation.		✓	
En cas de dépendance consécutive à un accident survenant au cours du délai d'attente : tout document justifiant de la nature de l'accident et de son lien de cause à effet avec la dépendance.		✓	
Facture de placement temporaire en établissement, hors hospitalier, ou de garde à domicile au nom de l'assuré.			✓
Toute pièce justifiant de l'acquittement par l'aidant des factures de placement temporaire de l'assuré en établissement, hors hospitalier, ou de garde à domicile.			✓
Une déclaration de l'état de perte d'autonomie.		✓	
Une photocopie datée et signée de la carte nationale d'identité du Souscripteur.		✓	
Toute pièce complémentaire jugée utile par l'Assureur.	✓	✓	✓

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

22.5 Délai de demande de prestations

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessus, doivent être produites à l'Assureur dans un délai maximum de :

- Pour la garantie rente dépendance, **six mois** suivant la survenance d'un état de dépendance. Tout retard dans la déclaration cause un préjudice à l'Assureur qui n'est pas en mesure de diligenter son contrôle médical.

De ce fait, si la déclaration est faite après le délai évoqué ci-avant, sauf en cas de force majeure à justifier auprès de l'organisme Assureur, les prestations sous forme de rente ne sont versées au plus tôt qu'au lendemain de cette déclaration après expiration de la franchise applicable le cas échéant, définie dans les conditions prévues à l'article 13.

Le bénéficiaire du capital proche dépendant, quant à lui, est déchu de tout droit à indemnisation.

- Pour la garantie proche dépendant, **deux ans** suivant la survenance d'un état de dépendance.

- Pour la garantie décès, **dix ans** à compter de la date du décès du Souscripteur ou de la date à laquelle les bénéficiaires en ont connaissance, sans que ces demandes puissent être postérieures au dépôt des sommes garanties auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations.

En effet, au-delà du délai de dix ans courant à compter de la date de prise de connaissance du décès par l'organisme Assureur, les sommes garanties qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de versement de prestations de la part du (des) bénéficiaire(s) sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations. Les bénéficiaires en sont informés par tout moyen par l'organisme Assureur, six mois avant l'expiration du délai précité.

Ainsi, sous réserve des règles de prescription, les demandes de prestations intervenant après le dépôt par l'organisme Assureur des sommes entre les mains de la Caisse des Dépôts et Consignations doivent être formulées auprès de cette dernière.

Les sommes en cas de décès non réclamées sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations.

ARTICLE 23 - DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

23.1 Paiement de la rente garantie en cas de dépendance de l'assuré

La reconnaissance par l'Assureur de l'état de dépendance donne droit à la perception par l'assuré de la rente dépendance telle que figurant sur le Certificat d'Adhésion.

Lors de la première demande de prestation de dépendance, le montant de la prestation est versé après une période de franchise continue de 3 mois applicable selon les modalités définies à l'article 13. À l'issue de celle-ci, une régularisation sera effectuée par le versement des trois arrérages mensuels correspondant à ladite période de franchise.

La rente est payable mensuellement d'avance.

Le paiement de la rente se poursuit jusqu'à la fin du mois au cours duquel intervient soit la cessation de l'état de dépendance garanti par le contrat soit le décès de l'assuré.

23.2 Paiement du capital garanti en cas de décès de l'assuré

À compter de la date du décès du Souscripteur ouvrant droit au versement du capital décès, celui-ci est revalorisé jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations, visées à l'article 22.4. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le capital non versés par l'Assureur produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès du Souscripteur, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants⁽¹⁾ :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées nécessaires au règlement du capital, l'Assureur verse les prestations en cas de décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). Au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

23.3 Paiement du capital garanti en cas de dépendance du proche dépendant

La reconnaissance par l'Assureur de l'état de dépendance du père et/ou de la mère du Souscripteur donne droit à la perception par le père et/ou la mère du Souscripteur du Capital « proche dépendant », tel que figurant à l'article 8.3.

Le montant de la prestation est versé après une période de franchise continue de 3 mois applicable selon les modalités définies à l'article 13.

L'Assureur verse la prestation au père et/ou à la mère du Souscripteur dans les 30 jours qui suivent l'intégralité des pièces justificatives.

TITRE V DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 24 - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat 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 le jour où l'Assureur en a eu connaissance,

2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action du Souscripteur du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Souscripteur, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Assureur au Souscripteur en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le Souscripteur ou ses ayants droit à l'Assureur en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le Souscripteur.

Malgré les dispositions du 2° ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès du Souscripteur.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés ci-avant ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

ARTICLE 25 - SOUSCRIPTION À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

25.1 Coût lié à l'utilisation de la technique de communication à distance

La souscription du contrat par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le Souscripteur, dont le coût est supporté par ses soins.

⁽¹⁾ Le taux moyen des emprunts de l'État français est consultable sur le site internet de la Banque de France.

25.2 Loi applicable

La loi française est la loi sur laquelle se fonde l'Assureur pour établir les relations précontractuelles avec le Souscripteur, ainsi que celle applicable au contrat notamment pour son interprétation ou son exécution.

La compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

25.3 Langue utilisée

L'Assureur et le Souscripteur conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat.

25.4 Fonds de garantie

Le Souscripteur est informé de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance de sociétés d'assurance de personnes visé aux articles L. 423-1 et suivants du Code des Assurances.

ARTICLE 26 - DEMANDES D'INFORMATIONS - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Pour toute demande d'informations concernant l'application du présent contrat, le Souscripteur peut contacter le Centre de Gestion, dont les coordonnées postales et téléphoniques (appel non surtaxé) figurent sur la lettre accompagnant le Certificat d'Adhésion.

Pour toute réclamation concernant l'application du contrat, le Souscripteur peut contacter l'Assureur à l'adresse suivante, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice :

Humanis Assurances
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 Saran Cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par votre centre de gestion

À compter de la réception de la réclamation, l'Assureur apporte une réponse circonstanciée au Souscripteur, dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Assureur adresse au Souscripteur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Assureur et après épuisement des voies de recours internes le Souscripteur ou les bénéficiaires, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Assureur, peuvent saisir le Médiateur de la Médiation de l'Assurance, sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Site internet : www.mediation-assurance.org

(onglet «saisir le médiateur» pour accéder au formulaire de saisie par voie électronique).

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de trois mois à compter de sa saisine.

Les parties n'ont pas l'obligation de respecter l'avis du médiateur.

Tout recours contentieux engagé par l'une des parties et ayant le même objet que la saisine du médiateur met immédiatement fin à la procédure de médiation.

ARTICLE 27 - CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 9.

ARTICLE 28 - DISPOSITIONS DIVERSES

28.1 Confidentialité

L'Assureur est tenu à la confidentialité, pendant la durée du contrat et après son extinction pendant une durée de cinq années, dans la mesure où il gère, pour l'exécution du contrat, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

28.2 Protection des données à caractère personnel

Les informations à caractère personnel recueillies par l'Assureur font l'objet d'un traitement automatisé afin de gérer le contrat du Souscripteur.

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, le Souscripteur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données à caractère personnel le concernant à exercer par courriel à contact-cnll@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis - Cellule CNIL - Satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran Cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

Le Souscripteur dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ses données personnelles.

Le groupe Humanis prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel conformément aux dispositions de la loi susmentionnée.

28.3 Prospection commerciale par voie téléphonique

Le Souscripteur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

Toutefois, tant que le présent contrat est en cours, cette inscription n'interdit pas à l'Assureur de démarcher téléphoniquement le Souscripteur si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Assureur, à l'adresse mentionnée à l'article 28.2, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application de la loi dite « Informatique et Libertés » n°78-17 du 06/01/1978 ».

28.4 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les présentes Conditions Générales et son annexe,
- la demande de souscription dûment complétée et signée par le Souscripteur,
- le Certificat d'Adhésion,
- les avenants et lettres-avenant.

En cas de contradiction entre les dispositions de la demande de souscription et celles du Certificat d'Adhésion, ce sont celles du Certificat d'Adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles des Conditions Générales n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite mais cela n'affectera en aucun cas la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

En cas d'évolution réglementaire, le présent contrat pourra être modifié. Toute modification fera l'objet d'un avenant signé par les parties.

Annexe 2-1 du Code de l'action sociale et des familles, modifiée par Décret n°2008-821 du 21 août 2008.

Rente dépendance

Annexe 1 aux Conditions Générales référencées CG/HA/RENTE DÉPENDANCE/01.2017

Annexe 2-1 du Code de l'action sociale et des familles, modifiée par Décret n°2008-821 du 21 août 2008.

GUIDE D'ÉVALUATION DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE

Nom de naissance (en majuscules) :	Prénom :
Nom marital (s'il y a lieu) :	Date de naissance :
Adresse :	
Numéro de téléphone :	Numéro de digicode :
• 1 ^{ère} demande	• renouvellement
Date de la visite :	
Effectué par :	
Médecin traitant :	
SOINS ET AIDES EXISTANTS	
Hébergement en établissement	avec convention tripartite
	sans convention tripartite
Soins par des infirmiers libéraux	
Service de soins infirmiers à domicile	
Aide-ménagère (en heures par mois)	
Garde à domicile (en heures par mois)	jour
	nuit
Portage de repas (en nombre par mois)	
Téléalarme	
Dépannage	
Autre service (précisez)	
Aides techniques	fauteuil roulant
	cannes
	déambulateur
	lit médicalisé
	lève-malade
	matériel à usage unique pour incontinence
	autres (précisez)

GRILLE NATIONALE AGGIR

VARIABLES DISCRIMINANTES	
Cohérence :	converser et/ou se comporter de façon sensée
Orientation :	se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux
Toilette :	concerne l'hygiène corporelle
Habillage :	s'habiller, se déshabiller, se présenter
Alimentation :	manger les aliments préparés
Élimination :	assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
Transferts :	se lever, se coucher, s'asseoir
Déplacement à l'intérieur :	avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...
Déplacement à l'extérieur :	à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport
Communication à distance :	utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...
VARIABLES ILLUSTRATIVES (PERTE D'AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE)	
Gestion:	gérer ses propres affaires, son budget, ses biens
Cuisine :	préparer ses repas et les conditionner pour être servis
Ménage :	effectuer l'ensemble des travaux ménagers
Transport :	prendre et/ou commander un moyen de transport
Achat :	acquisition directe ou par correspondance
Suivi du traitement :	se conformer à l'ordonnance du médecin
Activités de temps libre :	activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps

GROUPE ISO-RESSOURCES

ENTOURAGE		
Réseaux personnels	vit seule	
	vit avec une personne dépendante	
	vit avec une personne autonome	
	sans contact avec sa famille	
	sans voisinage ou voisinage indifférent	
	commerces inaccessibles	
	absence de réseaux personnels	le week-end
Absence de réseaux professionnels	le week-end	
	les vacances	
HABITAT		
Type	rural dispersé	
	appartement	ordinaire
		en logement-foyer
		autre
maison individuelle		
Accessibilité	étage sans ascenseur	
	présence de marches ou de niveaux différents	
	sols défectueux	
Sanitaires	absence eau courante	
	absence eau chaude	
	WC extérieurs ou absents, WC non adaptés	
	absence de salle de bains	
Chauffage	baignoire ou douche inadaptée	
	problème approvisionnement	
Équipement	chauffage défectueux ou inexistant	
	électro-ménager insuffisant	
	mobilier insuffisant	
	absence de téléphone	
	logement trop petit	
logement insalubre		
AIDES PROPOSÉES		FRÉQUENCE
Aide à domicile	aide-ménagère (en heures par mois)	
Type :	garde à domicile	jour
	(en heures par mois)	nuit
Accueil temporaire		
Portage de repas (en nombre par mois)		
Téléalarme		
Adaptation du logement		
Blanchisserie à domicile		
Transport		
Dépannage, petits travaux		
autre service (précisez)		
Aides techniques	fauteuil roulant	
	cannes	
	déambulateur	
	lit médicalisé	
	lève malade	
	matériel à usage unique pour incontinence	
autres (précisez)		
OBSERVATIONS DE L'ÉQUIPE MÉDICO-SOCIALE		

Rente dépendance

Annexe 2 aux Conditions Générales référéncées CG/HA/RENTE DÉPENDANCE/01.2017

OFFRE DÉPENDANCE HUMANIS F 16 D 0500 CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

HUMANIS ASSURANCES a souscrit auprès de FILASSISTANCE le contrat n° F 16 D 0500 au profit de ses assurés, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

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

A. CADRE DES GARANTIES

1. COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone : 01 70 36 41 07 (depuis la France)
+ 33 1 70 36 41 07 (depuis l'étranger)

Télécopie : 01 47 11 24 63

Adresse postale : 108 Bureaux de la Colline 92210 Saint-Cloud

2. QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

Ont la qualité de bénéficiaires des garanties, les personnes désignées comme destinataire de la prestation servie au sein de chacune des garanties d'assistance.

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

3. OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

Les garanties d'assistance fournies par FILASSISTANCE au titre des présentes conditions générales valant Notice d'information, s'appliquent en France telle que définie ci-dessous.

Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence du Souscripteur, telle que définie ci-dessous.

4. QUELLE EST LA PERIODE DES GARANTIES ?

Les garanties prennent effet au plus tôt à compter de la date de prise d'effet du contrat rente dépendance dont les présentes garanties constituent l'accessoire. FILASSISTANCE couvre les événements garantis survenus au plus tôt à compter de cette date.

Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période de souscription au contrat d'assurance auquel est rattachée la présente offre d'assistance, sous réserve que la garantie portée par FILASSISTANCE soit en cours.

Toutefois, le droit à garantie auprès de FILASSISTANCE cesse pour chaque Souscripteur :

- En cas de résiliation du contrat d'assurance, à l'initiative de HUMANIS ASSURANCES ou du Souscripteur, auquel est rattachée la présente offre d'assistance ;
- En cas de non-paiement de la prime conformément aux dispositions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances.

B. GÉNÉRALITÉS

1. DÉFINITIONS

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

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

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

Aidant : personne qui assiste le Souscripteur handicapé ou en état de dépendance totale (GIR 1 et 2) ou partielle (GIR 3 et 4). L'Aidant apporte une aide quotidienne au Souscripteur handicapé ou dépendant, pour les actes de la vie quotidienne.

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

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

Assuré Aidant : le Souscripteur qui assiste la personne handicapée ou en état de dépendance totale (GIR 1 et 2) ou partielle (GIR 3 et 4). L'assuré aidant apporte une aide quotidienne à l'Aidé pour les actes de la vie quotidienne.

Assuré dépendant : le Souscripteur en état de dépendance totale (GIR 1 et 2) ou partielle (GIR 3 et 4).

Assuré handicapé : le Souscripteur dont le handicap est reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Atteinte corporelle : blessure ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

AGGIR : outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Bénéficiaire : toute personne désignée à l'article 2 du paragraphe A, ci-avant.

Conjoint : le conjoint marié au Souscripteur, non séparé de corps; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil, ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) au Souscripteur.

Dépendance : Etat de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.

Domicile : le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle du Souscripteur.

Équipe médicale : médecins de FILASSISTANCE.

Evènement : toute situation prévue par les présentes garanties justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE, et notamment la maladie, l'accident, le décès, etc.

France : France métropolitaine, y compris la Principauté de Monaco et les Départements-Régions d'Outre-mer français : Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte et la Réunion.

Handicap : toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions

physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Hospitalisation : tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, sauf stipulation contraire dans chacune des garanties d'assistance, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle.

Hospitalisation imprévue : tout séjour imprévu d'une durée supérieure à 24 heures, **hors séjour ambulatoire**, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle et dont la survenance n'était pas connue dans les cinq (5) jours avant son déclenchement.

Maladie : toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

Plainte mnésique objectivée : diminution des capacités à mémoriser.

Proche parent aidé : ascendant et descendant du 1^{er} degré, conjoint et beaux-parents du Souscripteur, handicapé ou en état de dépendance totale (GIR 1 et 2) ou partielle (GIR 3 et 4).

Souscripteur : toute personne physique, ayant la qualité d'assuré au titre du contrat assurance dépendance **CG/HA/RENTE DEPENDANCE/01.2017**.

Titre de transport : dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe touriste.

Zone de résidence : pour le Souscripteur résidant en France métropolitaine ou dans la Principauté de Monaco : zone couvrant la France métropolitaine, la Corse et la Principauté de Monaco.

Pour le Souscripteur résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français : zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le domicile du Souscripteur.

2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.1. DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (**hors jours fériés**).

Le Bénéficiaire ou son entourage doit impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone suivant **01 70 36 41 07**, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat **F 16 D 0500**. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de FILASSISTANCE.

À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

2.2. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de FILASSISTANCE, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que FILASSISTANCE jugerait utile.

Le règlement des prestations interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par FILASSISTANCE, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

2.3. CONDITIONS D'ORDRE MÉDICAL

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de FILASSISTANCE, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

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

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

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

3. EXCLUSIONS

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

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

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

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

4. SUBROGATION

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

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

5. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies, 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 aux présentes garanties, le Bénéficiaire consent à ce traitement informatique.

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

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le Bénéficiaire 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

cnil@filassistance.fr

Le Bénéficiaire peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher la souscription ou l'exécution des présentes garanties.

6. RESPONSABILITÉ

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

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

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

7. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

8. RÉCLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : **01 70 36 41 07**, 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, le Bénéficiaire pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE - Service Réclamations

108, Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex

Cette réclamation pourra également être formulée sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

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

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

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

Médiation de l'Assurance

TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Le Bénéficiaire pourra également réaliser 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 dans le délai prévu par la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté au Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

9. PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

En vertu de l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et notamment la citation en justice, le commandement de payer, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par FILASSISTANCE, à la personne morale redevable du paiement, en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par le Bénéficiaire à FILASSISTANCE, en ce qui concerne le règlement des prestations.

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

10. FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du Souscripteur entraîne la nullité de sa souscription 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 du Souscripteur dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de sa souscription, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

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

11. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE

Les présentes garanties sont régies par le droit français.

Préalablement à toute action en justice, il est convenu que FILASSISTANCE et le Souscripteur rechercheront une solution amiable à leur litige, dans un délai de trente (30) jours, suivant la mise en demeure envoyée par FILASSISTANCE ou le Souscripteur. Cette recherche d'une solution amiable n'interrompt pas le délai pour agir en justice.

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

C. DÉTAIL DES PRESTATIONS GARANTIES

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

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse à toute demande d'information qui serait adressée à FILASSISTANCE par le Souscripteur, **dans un délai maximal de 72 heures**.

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

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

Les prestations d'informations ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Souscripteur et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. **Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

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

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

1. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES AU SOUSCRIPTEUR DÈS SA SOUSCRIPTION

1.1. RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉPENDANCE

FILASSISTANCE communique au Souscripteur toutes les informations dont il aurait besoin dans le cadre de la survenance de la dépendance, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, FILASSISTANCE, peut mettre en contact le Souscripteur avec les organismes concernés.

1.2. BILAN PRÉVENTION PERTE DE MÉMOIRE

FILASSISTANCE réalise une évaluation médico-psycho-sociale de la mémoire du Souscripteur. En cas de plainte mnésique objectivée, le Souscripteur sera orienté vers une filière de prise en charge (évaluation spécialisée des fonctions cognitives, orientation vers les structures proposant une stimulation cognitive, écoute, information, accompagnement).

En cas de vieillissement normal des fonctions cognitives, le Souscripteur pourra profiter d'un programme d'entraînement et d'un accompagnement personnalisé.

1.3. BILAN PRÉVENTION AUTONOMIE

À la demande du Souscripteur ou à celle des proches, l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés..., réalise un « bilan prévention autonomie ».

Le bilan prévention autonomie de FILASSISTANCE aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (notamment l'isolement social, l'entretien du domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillage) et est à la disposition du Souscripteur 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 le Souscripteur (ou accompagner ses proches) dans les démarches de maintien à domicile.

Une solution en téléassistance pourra également être envisagée **avec une prise en charge des frais de mise en service**.

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 Souscripteur, 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 votre indépendance, proposition d'aide spécifique au handicap, ...) 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, ...).

Les frais engagés sont à la charge du Souscripteur (ou à celle de ses proches).

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 le Souscripteur ainsi que ses proches à constituer un dossier 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 Souscripteur, l'équipe de FILASSISTANCE le conseille (ainsi que ses proches) sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, ...), l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.

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

1.4. BILAN PRÉVENTION DES RISQUES CARDIOVASCULAIRES

À la demande du Souscripteur, FILASSISTANCE l'informe sur les risques cardio-vasculaires qu'il encourt. Il pourra ainsi acquérir des connaissances sur les facteurs de risques qu'il présente et ainsi être éduqué aux bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie.

Dans cette optique, le Souscripteur pourra donc bénéficier d'informations de prévention et d'accompagnement en fonction des facteurs de risque détectés qui lui sont propres.

2. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES À L'ASSURÉ AIDANT

Les garanties de la partie 2. « Prestations d'assistance accessibles à l'assuré aidant » sont mises en œuvre au profit de l'assuré aidant si celui-ci devient aidant d'un Proche parent aidé, postérieurement à la souscription. FILASSISTANCE pourra demander à l'assuré aidant de communiquer tout justificatif établissant la reconnaissance du handicap ou le niveau de dépendance du Proche parent aidé (attestation d'allocation perte d'autonomie, attestation émanant d'un organisme social ou fiscal par exemple).

2.1. BILAN 360°

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

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

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

2.2. INFORMATIONS MÉDICALES

L'équipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE peut communiquer à l'assuré aidant, les informations suivantes (**à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé**) :

- informations générales médicales,
- informations sur la santé au quotidien et sur le bien vivre.

En cas d'affections de longue durée, de maladies orphelines, de maladies rares ou de maladies graves telles que définies par le Ministère de la Santé, informations, accompagnement dans le système de soins et guide dans les démarches administratives correspondantes.

2.3. INFORMATIONS SUR LES DROITS ET DÉMARCHES AUTOUR DE LA DÉPENDANCE

2.3.1. SERVICE GÉNÉRAL DE RENSEIGNEMENTS

FILASSISTANCE recherche et communique à son assuré aidant :

- des solutions adaptées et des intervenants adéquats (par exemple : professionnels de santé, établissements de santé, fournisseurs en équipements santé et services associés, ambulanciers),
- des renseignements concernant les voies de recours possibles après un refus de prise en charge par le régime obligatoire,
- des renseignements sur les formalités administratives liées à la prise en charge,
- des renseignements concernant la vie courante et notamment : l'habitation et le logement, les salaires, les assurances sociales, les allocations et les retraites, les services publics, le droit des consommateurs, l'hygiène de vie (par exemple : l'alimentation), la préparation aux voyages (précautions sanitaires et comportementales), les effets secondaires des médicaments, les vaccinations, les informations générales sur les pathologies, la nutrition et les traitements.

La prestation de renseignement est inhérente à une équipe de chargés d'informations qui répondent à toute question d'ordre réglementaire et juridique, ainsi qu'aux demandes d'informations relevant du domaine de la vie courante.

2.4. BILAN DE VIE AU QUOTIDIEN

FILASSISTANCE réalise avec l'assuré aidant, un bilan global de la situation de son Proche parent aidé en tenant compte du contexte et des conditions de vie :

- dossier APA et autres aides à domicile déjà existantes,
- professionnels intervenants à domicile,
- présence et intervention ou non des proches,
- aménagement du domicile,
- situation financière.

À partir de ce bilan réalisé par téléphone, FILASSISTANCE identifie les prestations à mettre en place et propose un plan d'aide à domicile. En accord avec l'assuré aidant, FILASSISTANCE organise les prestations suivantes (**liste non exhaustive**) et aide dans le choix des prestataires :

- livraison de repas, de courses, de médicaments,
- télé sécurité, garde du domicile (vigile),
- garde des petits-enfants, des animaux de compagnie,
- aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements,
- auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux,
- coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service « blanchisserie », et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées **dans un rayon de 30 km du domicile** ...),
- téléassistance.

La prise en charge de ces prestations reste à la charge de l'assuré aidant.

2.5. AIDE ADMINISTRATIVE AU DOMICILE

FILASSISTANCE informe l'assuré aidant des démarches nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée et prend en charge l'intervention d'un prestataire pour faire le point sur ses documents administratifs.

La durée maximale de l'intervention est limitée à 7 heures et peut être fractionnée en 2 demi-journées par évènement.

Le montant de la prise en charge est limité à 200 € TTC par assuré aidant tout au long de sa souscription.

2.6. SERVICES D'ASSISTANCE À LA CARTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.8. ÉCOUTE PSYCHOLOGIQUE POUR L'ASSURÉ AIDANT

Lors de la survenance de la dépendance ou du handicap d'un Proche parent aidé, FILASSISTANCE peut mettre en relation l'assuré aidant avec sa plate-forme d'écoute médico-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

2.9. FORMATION DE L'ASSURÉ AIDANT

À la demande de l'assuré aidant, FILASSISTANCE organise et prend en charge une formation sur la dépendance du Proche parent aidé (les bons gestes, les bonnes pratiques en matière de prévention, les aspects psychologiques, etc.).

FILASSISTANCE aide à la recherche de l'organisme de formation et prend en charge la formation de l'assuré aidant, **à hauteur de 8 heures, dans la limite de 300 € TTC**, lorsque que celui-ci est confronté à la dépendance d'un Proche parent aidé dont il est l'aidant.

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

2.10. VENUE D'UN VISITEUR À DOMICILE

En cas d'hospitalisation imprévue de l'assuré aidant, FILASSISTANCE organise auprès du Proche parent aidé la visite quotidienne d'une personne mandatée par FILASSISTANCE.

Sur demande et suite à l'accord du Proche parent aidé et/ou de l'assuré aidant, un programme de visites est établi. **Ces visites ont lieu entre le lundi et le samedi (hors jours fériés).**

Lors de chaque passage, le visiteur s'assure de la présence du Proche parent aidé et de sa réponse.

En cas de problème ou non-réponse, le visiteur donne l'alerte à FILASSISTANCE (qui alerte la personne désignée par le Proche parent aidé et/ou par l'assuré aidant) et/ou aux secours.

FILASSISTANCE prend en charge 6 visites maximum par an et par assuré aidant.

2.11. RÉPIT DE L'AIDANT

Suite à une hospitalisation **supérieure à 3 jours** de l'assuré aidant, FILASSISTANCE prend en charge un hébergement temporaire pour

l'assuré aidant dans une résidence d'accueil non médicalisée proche de son domicile **pendant 3 jours**.

FILASSISTANCE prend également en charge un titre de transport de l'assuré aidant entre son domicile et l'hébergement temporaire.

OU

Hors hospitalisation :

FILASSISTANCE met à disposition de l'assuré aidant **une enveloppe de 300 € TTC/année civile** lui permettant d'utiliser quand il le souhaite, les services de proximité adaptés à sa situation :

- livraison de repas, de courses, des médicaments,
- aide-ménagère, auxiliaire de vie,
- accompagnement dans les déplacements,
- garde malade, etc.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Ces services seront attribués après avis de l'équipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE.

2.12. GARDE DU PROCHE PARENT AIDÉ EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ASSURÉ AIDANT

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un intervenant qualifié pouvant garder le Proche parent aidé à son domicile. **Les soins médicaux ne sont pas pris en charge par FILASSISTANCE.**

Lorsque l'assuré aidant se rendait régulièrement au domicile du Proche parent aidé, **au minimum 3 fois par semaine, et que la durée de son hospitalisation est supérieure à 2 jours (consécutifs ou discontinus sur un mois s'il s'agit d'hospitalisation ambulatoire)**, FILASSISTANCE organise la venue d'une garde malade au domicile du Proche parent aidé et **prend en charge les frais liés à son intervention, dans la limite de 15 heures de garde réparties sur 5 jours consécutifs maximum.**

OU

FILASSISTANCE organise la venue d'un proche de l'assuré aidant, résidant dans sa même zone de résidence, au domicile du Proche parent aidé et prend en charge **un titre de transport**.

Les prestations « garde à domicile du Proche parent aidé » et « venue d'un proche de l'assuré aidant » ne sont pas cumulables.

2.13. GARDE DU PROCHE PARENT AIDÉ EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ AIDANT

En cas de décès de l'assuré aidant, FILASSISTANCE assure le lien avec l'assistante sociale du secteur de son domicile, pour l'informer sur les actions entreprises par l'assuré aidant décédé qui s'occupait de son Proche parent aidé.

Dès lors que la disparition de l'assuré aidant porte préjudice à la vie quotidienne du Proche parent aidé (**lorsque l'assuré aidant se rendait régulièrement, au domicile de son Proche parent aidé, au minimum 3 fois par semaine**) :

FILASSISTANCE organise et prend en charge 15 heures maximum de garde du Proche parent aidé, réparties sur 5 jours suivant le décès de l'assuré aidant.

OU

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un proche de l'assuré aidant défunt, pour pallier sa disparition, auprès de son Proche parent aidé **à hauteur d'un titre de transport et prend en charge les frais d'hébergement dans la limite de 250 € TTC maximum.**

Les prestations « garde du Proche parent aidé » et « venue d'un proche de l'Aidant défunt » ne sont pas cumulables.

3. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES À L'ASSURÉ DÉPENDANT

Les garanties de la partie 3. « Prestations d'assistance accessibles à l'assuré dépendant » sont mises en œuvre au

profit du Souscripteur si celui-ci devient dépendant, postérieurement à la souscription. FILASSISTANCE pourra demander au Souscripteur de communiquer tout justificatif utile établissant son niveau de dépendance (attestation d'allocation perte d'autonomie, attestation émanant d'un organisme social ou fiscal par exemple).

3.1. BILAN PRÉVENTION PERTE DE MÉMOIRE

FILASSISTANCE réalise une évaluation médico-psycho-sociale de la mémoire du Souscripteur. En cas de plainte mnésique objectivée, le Souscripteur sera orienté vers une filière de prise en charge (évaluation spécialisée des fonctions cognitives, orientation vers les structures proposant une stimulation cognitive, écoute, information, accompagnement).

En cas de vieillissement normal des fonctions cognitives, le Souscripteur pourra profiter d'un programme d'entraînement et d'un accompagnement personnalisé.

3.2. BILAN PRÉVENTION AUTONOMIE

À la demande du Souscripteur ou à celle des proches, l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés..., réalise un « bilan prévention autonomie ».

Le bilan prévention autonomie de FILASSISTANCE aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (notamment l'isolement social, l'entretien du domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillage) et est à la disposition du Souscripteur 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 le Souscripteur (ou accompagner ses proches) dans les démarches de maintien à domicile.

Une solution en téléassistance pourra également être envisagée **avec une prise en charge des frais de mise en service.**

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 Souscripteur, 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 votre indépendance, proposition d'aide spécifique au handicap, ...) 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, ...).

Les frais engagés sont à la charge de l'assuré dépendant (ou à celle de ses proches).

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'assuré dépendant ainsi que ses proches à constituer un dossier dépendance, à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière.

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

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

3.3. BILAN HABITAT

FILASSISTANCE organise et prend en charge **à hauteur de 460 euros maximum par assuré dépendant** l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement. Il est à la disposition de l'assuré dépendant dans les domaines suivants :

- conseils sur l'adaptation du logement,
- aide et conseil sur l'interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés,

- renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicules, associations.

3.4. BILAN PRÉVENTION DES RISQUES CARDIO-VASCULAIRES

À la demande de l'assuré dépendant, FILASSISTANCE l'informe sur les risques cardio-vasculaires qu'il encourt. Il pourra ainsi acquérir des connaissances sur les facteurs de risques qu'il présente et ainsi être éduqué aux bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie.

Dans cette optique, l'assuré dépendant pourra donc bénéficier d'informations de prévention et d'accompagnement en fonction des facteurs de risque détectés qui lui sont propres.

3.5. BILAN INCONTINENCE

FILASSISTANCE est à la disposition de l'assuré dépendant 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.

FILASSISTANCE délivre également des conseils et des informations pour accompagner l'assuré dépendant dans ses démarches. Si nécessaire, l'équipe médico-psycho-sociale pourra orienter l'assuré dépendant vers son médecin traitant afin que soit réalisé un examen complet par des professionnels compétents.

FILASSISTANCE pourra également indiquer à l'assuré dépendant les coordonnées de médecins spécialistes, de professionnels de santé, d'établissements hospitaliers ou associations les plus proches de son domicile.

3.6. AIDE ADMINISTRATIVE AU DOMICILE

FILASSISTANCE informe l'assuré dépendant sur les démarches nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée et prend en charge l'intervention d'un prestataire pour faire le point sur les documents administratifs de l'assuré.

La durée maximale de l'intervention est limitée à 7 heures et peut être fractionnée en 2 demi-journées par évènement.

Le montant de la prise en charge est limité à 200 € TTC par assuré dépendant tout au long de sa souscription.

3.7. 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.

Les frais engagés sont à la charge de l'assuré dépendant.

3.8. TÉLÉASSISTANCE

FILASSISTANCE met à la disposition de l'assuré dépendant un appareil de téléassistance avec un appareil qui permet de garder contact privilégié avec l'extérieur, d'accéder à des services de proximité et à la fonction de téléassistance.

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

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

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

FILASSISTANCE prend en charge les frais de mise en service ainsi que les 3 premiers mois d'abonnement ou 3 mois d'abonnement si l'appareil est déjà installé chez l'assuré dépendant.

3.9. PROGRAMME D'ACTIVITÉ PHYSIQUE À DOMICILE À DESTINATION DES ASSURÉS DÉPENDANTS EN GIR 4

FILASSISTANCE organise et prend en charge un programme d'activité physique de 5 séances maximum afin que l'assuré dépendant GIR 4 désirent se maintenir à domicile puisse bénéficier de prestations l'aidant à améliorer sa condition physique.

Le coach sportif bâtira un programme adapté en fonction des conditions physiques de l'assuré dépendant GIR 4.

Ce programme a plusieurs objectifs :

- des exercices ciblés pour stimuler l'assuré dépendant GIR 4,
- un programme spécifique pour ralentir l'impact de la maladie,
- augmenter le nombre, la fréquence et la distance des déplacements à pied.

Cette prestation pourra être mise en place dans la limite d'une fois par contrat.

3.10. ACCOMPAGNEMENT AUX DÉPLACEMENTS DE L'ASSURÉ DÉPENDANT EN GIR 3

FILASSISTANCE recherche pour le compte de l'assuré dépendant GIR 3 des services d'aide au déplacement (à la banque, à La Poste, dans un établissement de soins, etc.) et organise le cas échéant la venue d'un accompagnateur.

Les frais engagés seront pris en charge par FILASSISTANCE dans la limite de 4 fois par année civile et avec un maximum par année civile de 460 € TTC.

3.11. COIFFEUR, PÉDICURE OU ESTHÉTICIENNE AU DOMICILE

FILASSISTANCE peut rechercher et prendre en charge la venue d'un coiffeur, d'un pédicure ou d'une esthéticienne à domicile pour l'assuré dépendant.

La prise en charge ne peut excéder 6 visites par année civile avec un maximum de 500 € TTC par assuré dépendant.

3.12. MISE À DISPOSITION DU MATÉRIEL ADAPTÉ

FILASSISTANCE peut prendre en charge en complément des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, le matériel adapté à la dépendance ou au handicap (lit, chaise roulante, etc.) **avec un maximum de 770 € TTC pour toute la durée du contrat et sur présentation préalable de justificatifs auprès de FILASSISTANCE.**

4. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES À L'AIDANT DE L'ASSURÉ DÉPENDANT OU HANDICAPÉ

4.1. RECHERCHE D'UN ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ POUR L'ASSURÉ DÉPENDANT OU HANDICAPÉ

Sur simple demande de l'Aidant, FILASSISTANCE recherche des établissements médicaux spécialisés pouvant recevoir l'assuré handicapé ou en état de dépendance.

Cette recherche est réalisée en fonction des différents besoins de l'assuré handicapé/dépendant, comme par exemple la zone géographique souhaitée, sa pathologie, son handicap, son degré de dépendance et son budget.

FILASSISTANCE communique par téléphone, courrier ou email à l'Aidant une liste d'établissements à contacter, susceptibles de pouvoir prendre en charge l'assuré handicapé/dépendant.

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

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

5. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES À L'AIDANT DE L'ASSURÉ DÉPENDANT

5.1. FORMATION DE L'AIDANT DE L'ASSURÉ DÉPENDANT

À la demande de l'Aidant, FILASSISTANCE organise et prend en charge une formation sur la dépendance du Souscripteur (les bons gestes, les bonnes pratiques en matière de prévention, les aspects psychologiques, etc.) ou sur son handicap.

FILASSISTANCE aide à la recherche de l'organisme de formation et prend en charge la formation de l'Aidant, **à hauteur de 8 heures, dans la limite de 300 € TTC.**

L'évaluation de la dépendance du Souscripteur est faite téléphoniquement par la plateforme de FILASSISTANCE.

5.2. GARDE DE L'ASSURÉ DÉPENDANT EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE SON AIDANT

À la demande de l'Aidant de l'assuré ou d'un des proches de l'assuré dépendant, FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un intervenant qualifié pouvant garder l'assuré dépendant à son domicile. **Les soins médicaux ne sont pas pris en charge par FILASSISTANCE.**

Lorsque l'Aidant se rendait régulièrement au domicile de l'assuré dépendant, **au minimum 3 fois par semaine, et que la durée de son hospitalisation est supérieure à 2 jours (consécutifs ou discontinus sur un mois s'il s'agit d'hospitalisation ambulatoire),** FILASSISTANCE organise la venue d'une garde malade au domicile de l'assuré dépendant et **prend en charge les frais liés à son intervention, dans la limite de 15 heures de garde réparties sur 5 jours consécutifs maximum.**

OU

FILASSISTANCE organise la venue d'un proche de l'assuré dépendant, résidant dans la même zone de résidence de l'assuré dépendant, au domicile de l'assuré dépendant et prend en charge **un titre de transport.**

Les prestations « venue d'une garde malade » et « venue d'un proche de l'assuré dépendant » ne sont pas cumulables.

