



**LOURMEL**

*Agir ensemble pour mieux vous protéger*

# NOTICE D'INFORMATION

**LOURMEL SOLUTIONS ASSURANCES**

## **LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS PACK HOSPITALISATION LOURMEL**

- ◆ **GÉRANTS MAJORITAIRES**
- ◆ **TRAVAILLEURS NON-SALARIÉS**
- ◆ **MANDATAIRES SOCIAUX**

# NOTICE D'INFORMATION

<b>1. LE CONTRAT COLLECTIF</b> .....	<b>6</b>
<b>2. L'ADHÉSION</b> .....	<b>8</b>
2.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	8
2.2 STATUTS .....	8
2.3 MODALITÉ D'ADHÉSION AU CONTRAT .....	9
2.4 ÉLIGIBILITÉ MADELIN.....	9
2.5 LA DÉCLARATION DES CHANGEMENTS EN COURS D'ADHÉSION.....	10
2.6 AJOUT OU RETRAIT D'UN AYANT DROIT EN COURS D'ADHÉSION AU CONTRAT.....	10
<b>3. LES GARANTIES</b> .....	<b>11</b>
3.1 CE QUE GARANTIT LE CONTRAT.....	11
3.2 DÉLAI D'ATTENTE .....	11
3.3 L'ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES.....	11
3.4 DÉTAIL DES GARANTIES.....	12
3.5. LA MODIFICATION DES GARANTIES EN COURS DE CONTRAT .....	15
3.6. LES CAS OU LA GARANTIE NE S'EXERCE PAS.....	15
3.7. LES LIMITATIONS DE LA GARANTIE.....	16
<b>4. LA PRIME</b> .....	<b>17</b>
4.1. LES MODALITÉS DE CALCUL ET LE PAIEMENT DE LA PRIME .....	17
4.2. LE PAIEMENT DES PRIMES.....	17
4.3. L'ÉVOLUTION DE LA PRIME ET DES GARANTIES A L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR .....	17
4.4. LE NON-PAIEMENT DE LA PRIME.....	17
<b>5. LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS</b> .....	<b>18</b>
5.1. TIERS PAYANT, TÉLÉTRANSMISSION ET PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE.....	18
5.2. DÉCLARATION DE SINISTRE .....	19
5.3. PRESTATIONS INDUMENT VERSÉES.....	20
5.4. LES RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES .....	20
5.5. LE CONTRÔLE ET L'EXPERTISE.....	20
<b>6. RENONCIATION, RÉSILIATION, NULLITÉ</b> .....	<b>21</b>
6.1. LA RENONCIATION À L'ADHÉSION AU CONTRAT EN CAS DE VENTE A DISTANCE .....	21
6.2. LA RÉSILIATION DE L'ADHÉSION AU CONTRAT.....	22
6.3. LA CESSATION DE L'ADHÉSION AU CONTRAT .....	22
6.4. NULLITÉ.....	23
6.5 LIMITES DE REMBOURSEMENT .....	23
<b>7. DISPOSITIONS DIVERSES</b> .....	<b>24</b>
7.1. MODALITÉS DE COMMUNICATION.....	24
7.2. SUBROGATION.....	24
7.3. RECUEIL DES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES.....	24
7.4. PRESCRIPTION .....	25

7.5. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS.....	26
7.6. LANGUES ET LOI APPLICABLES.....	27
7.7. RÉCLAMATIONS .....	27
7.8. MÉDIATION.....	27
7.9. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME .....	28
7.10. AUTORITÉ DE CONTRÔLE.....	28
7.11. CLAUSE DE DÉCHÉANCE EN CAS DE FRAUDE OU DE MAUVAISE FOI LORS D'UN SINISTRE.....	28
<b>8. LEXIQUE.....</b>	<b>29</b>
<b>9. ANNEXES .....</b>	<b>32</b>
ANNEXE 1 : NULLITÉ.....	32
ANNEXE 2 : ARTICLES APPLICABLES EN CAS DE NON-PAIEMENT D'UNE PRIME.....	32

## **CONDITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION**

CONTRAT COLLECTIF N°FIC20SAN0034

<b>1. CADRE DES GARANTIES</b> .....	<b>35</b>
1.1 COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?.....	35
1.2 QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?.....	35
1.3 OÙ S'APPLIQUENT LES GARANTIES ? .....	35
1.4 QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES ? .....	35
<b>2. GÉNÉRALITES</b> .....	<b>36</b>
2.1 DÉFINITIONS .....	36
2.2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS.....	38
2.2.1. DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS.....	38
2.2.2 RÉGLEMENT DES PRESTATIONS .....	38
2.2.3 AVANCE DE FRAIS .....	38
2.2.4 CONDITIONS D'ORDRE MÉDICAL .....	39
2.2.5 CONDITIONS SPÉCIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS ..	39
<b>3. PRESTATIONS D'ASSISTANCE</b> .....	<b>40</b>
3.1 INFORMATIONS JURIDIQUE ET VIE PRATIQUE.....	40
3.2 PERMANENCE MÉDICALE.....	41
3.3 RECHERCHE D'UN MÉDECIN, D'UNE INFIRMIÈRE OU D'UN INTERVENANT PARAMÉDICAL .....	41
3.4 RÉSERVATION DE LIT ET ACHÈMINEMENT EN MILIEU HOSPITALIER .....	41
3.5 TRANSMISSION DES MESSAGES URGENTS .....	42
3.6 GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGÉS DE MOINS DE 16 ANS.....	42
3.7 GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DÉPENDANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT OU DU CONJOINT DÉPENDANT.....	42
3.8 AIDE À DOMICILE .....	42
3.9 GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE.....	42
3.10 PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET .....	43
3.11 ACHÈMINEMENT DES MÉDICAMENTS .....	43
3.12 GARDE DE L'ENFANT MALADE OU ACCIDENTÉ.....	43
3.13 ÉCOLE À DOMICILE .....	43
3.14 AIDE AUX DEVOIRS.....	43
3.15 MISE A DISPOSITION D'UN SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE .....	44
3.16 INFORMATIONS POUR LES PRIMO-PARENTS .....	44
3.17 AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE /TECHNICIENNE D'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE (TISF).....	44
3.18 INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION DES OBSÈQUES.....	44
3.19 PRÉSENCE D'UN PROCHE .....	45
3.20 ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL .....	45

3.21 ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE.....	45
3.22 ACHEMINEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL.....	45
3.23 SUIVI DE COURRIER.....	45
3.24 AIDE À LA RECHERCHE D'UN REMPLACANT .....	45
3.25 ASSISTANCE JURIDIQUE ET FISCALE.....	45
3.26 AVANCE DE FONDS.....	46
3.27 INFORMATIONS, DÉMARCHES ET AIDE À LA CONSTITUTION DE DOSSIERS .....	46
3.28 PRISE EN CHARGE TEMPORAIRE DU PROCHE PARENT AIDÉ.....	46
3.29 AUXILIAIRE DE VIE .....	46
3.30 RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉPENDANCE .....	47
3.31 AMÉNAGEMENT DU DOMICILE DE L'ADHÉRENT OU DU CONJOINT DÉPENDANT .....	47
3.32 AIDE À LA RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX TEMPORAIRES OU PERMANENTS POUR L'ADHÉRENT OU LE CONJOINT DÉPENDANT .....	47
3.33 AIDE À LA SOUSCRIPTION D'UN SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE.....	47
3.34 AIDE A LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE FINANCEMENT DU SERVICE DE TELEASSISTANCE .....	47
3.35 LES SERVICES D'ASSISTANCE «À LA CARTE » (ACCÈS AUX SERVICES À LA PERSONNE ET AUX SERVICES DIVERS).....	48
<b>4. CADRE RÉGLEMENTAIRE.....</b>	<b>49</b>
4.1 EXCLUSIONS.....	49
4.2 SUBROGATION.....	49
4.3 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS.....	49
4.4 RESPONSABILITÉ.....	50
4.5 AUTORITÉ DE CONTRÔLE.....	51
4.6 RÉCLAMATIONS.....	51
4.7 PRESCRIPTION .....	51
4.8 CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION .....	52
4.9 FAUSSE DÉCLARATION .....	54
4.10 LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE.....	54
<b>5. TABLEAU DE SYNTHÈSE .....</b>	<b>55</b>

# 1. LE CONTRAT COLLECTIF

L'ASSOCIATION LOURMEL INDÉPENDANTS a souscrit auprès de la société d'assurance LOURMEL SOLUTIONS ASSURANCES deux contrats collectifs à adhésion facultative.

Le premier contrat collectif référencé 2019-2 dénommé « LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS » permet à un candidat à l'assurance de souscrire à des garanties d'assurance santé respectant les conditions des contrats solidaires et responsables. Au titre de l'adhésion à ce contrat collectif référencé 2019-2 l'Adhérent peut bénéficier du dispositif Madelin.

L'Adhérent ayant adhéré à ce contrat 2019-2 peut, de manière facultative, aux fins de bénéficier de garanties complémentaires, demander à adhérer à un autre contrat souscrit par l'Association auprès de l'Assureur et référencé 2019-3 dénommé « PACK HOSPITALISATION LOURMEL ». **Les garanties complémentaires prévues par cet autre contrat 2019-3 ne respectent pas les conditions des contrats solidaires et responsables et ne peuvent pas bénéficier du dispositif Madelin.**

**Il n'est pas possible d'adhérer uniquement au contrat 2019-3 « PACK HOSPITALISATION LOURMEL ».**

Ces deux contrats sont dénommés ci-après conjointement « Contrat ».

L'organisme assureur, ci-après dénommé « l'Assureur » est la société LOURMEL SOLUTIONS ASSURANCES, Société anonyme d'assurance au capital de 10.000.000 euros, dont le siège social est 108 rue de Lourmel 75015 Paris, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 852 274 315 000 13, entreprise régie par le Code des assurances, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest 75 436 Paris, agréée pour les branches 1 (Accidents), 2 (Maladie) et 20 (Vie-décès) de l'article R321-1 du Code des assurances.

L'organisme souscripteur des Contrats est L'ASSOCIATION LOURMEL INDÉPENDANTS, ci-après dénommée « l'Association », dont le siège est 108 rue de Lourmel 75015 Paris, déclarée à la préfecture de PARIS le 11 juillet 2019 et dont l'objet social est :

- la promotion et le développement de la retraite, de la prévoyance complémentaire et de la santé auprès des travailleurs non-salariés non agricoles,
- dans cette optique, l'étude, la négociation, la mise en place et la souscription de contrats collectifs d'assurance auprès d'organisme(s) assureur(s),
- l'information des membres de l'association sur les contrats collectifs d'assurance souscrits,
- le développement des relations entre les membres de l'association,
- et plus généralement toutes opérations pouvant se rattacher à l'objet tel que défini ci-dessus.

L'ASSOCIATION LOURMEL INDÉPENDANTS est régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, son décret d'application et par les dispositions du Code des assurances relatives à une association souscriptrice, notamment l'article L144-1 du Code des assurances.

Le terme « **Adhérent** » désigne la personne physique qui adhère au contrat 2019-2 ou aux deux Contrats (2019-2 et 2019-3).

L'adhésion au contrat 2019-2 entraîne l'adhésion à l'Association Lourmel Indépendants et permet de bénéficier du droit de vote à l'Assemblée Générale de l'Association. La cotisation à l'Association est annuelle.

En votre qualité d'adhérent à l'association, vous déclarez accepter intégralement les statuts de l'association avec l'engagement d'en respecter toutes les dispositions.

L'Adhérent bénéficie des prestations du Contrat auquel il a adhéré. Il peut en ouvrir le droit à des **Ayants droit** mentionnés sur son certificat d'adhésion.

Les personnes garanties et pouvant bénéficier des prestations du Contrat sont dénommées « **Assuré(s)** ».

La présente notice d'information décrit les garanties et prestations accordées par l'Assureur à l'Adhérent et aux Assurés dans le cadre :

- de l'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative numéro 2019-2 « LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS »,
- de l'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative numéro 2019-3 « PACK HOSPITALISATION LOURMEL ».

Dans le cadre d'une modification du Contrat, l'Association doit informer par écrit chaque Adhérent des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de l'entrée en vigueur de ces modifications.

L'Adhérent peut dénoncer son adhésion au Contrat en raison de ces modifications dans un délai de trente jours à partir de la date à laquelle il a été avisé par l'Association des modifications apportées au Contrat par lettre recommandée ou par lettre recommandée électronique.

Pour faciliter la lecture de la notice d'information, l'Assureur invite l'Adhérent à consulter le glossaire de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM) disponible sur le site internet de l'UNOCAM ([unocam.fr](http://unocam.fr)). Ce glossaire n'a toutefois pas de valeur contractuelle et ne peut être opposable à l'Assureur par un Adhérent.

### **Le Contrat est géré par PAVILLON PRÉVOYANCE**

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II, immatriculée au registre SIRENE sous le numéro N° 442 978 086 et dont le siège social est situé 90 avenue Thiers - 33072 BORDEAUX CEDEX.

## 2. L'ADHÉSION

### 2.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La personne physique souhaitant adhérer au Contrat et acquérir le statut d'« Adhèrent » doit être âgée de plus de 18 ans et de moins de 75 ans (âge au 31 décembre de l'année d'adhésion).

La personne physique désirant adhérer doit également exercer une activité professionnelle non-salariée, résider en France métropolitaine ou dans les DOM COM, et acquitter des cotisations sociales au titre d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale de non-salariés.

Elle doit enfin être fiscalement imposable en France.

#### **Ne peut adhérer au Contrat :**

- une personne résidant en France mais ne cotisant pas à un régime obligatoire français de Sécurité sociale de non-salariés.

L'Adhèrent peut faire bénéficier des Ayants droit des prestations du Contrat en les mentionnant à son bulletin d'affiliation et en réglant la prime correspondante.

Les Ayants droit, tant au titre de l'adhésion au contrat LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS 2019-2 qu'au titre de l'adhésion au contrat PACK HOSPITALISATION LOURMEL 2019-3, inscrits sur le certificat d'adhésion de l'Adhèrent bénéficient par défaut des mêmes garanties que l'Adhèrent, sauf stipulation contraire à l'adhésion.

Les Ayants droit peuvent être :

- le conjoint, la personne liée par un PACS ou le concubin notoire de l'Adhèrent, tels que définis au lexique (dénommé ci-après « Conjoint »),
- les enfants :
  - de moins de 18 ans rattachés au foyer fiscal de l'Adhèrent ou de son Conjoint,
  - âgés de 18 à 28 ans poursuivant des études supérieures et fiscalement à charge de l'Adhèrent ou de son Conjoint,
  - enfants auxquels l'Adhèrent verse une pension alimentaire retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global âgés au plus de 28 ans,
  - enfants handicapés de l'Adhèrent ou de son Conjoint âgés de moins de 21 ans et pour lesquels est versée l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

L'âge des enfants s'entend comme étant celui au 31/12 de l'année.

Toutes les opérations financières entre l'Assureur et un Assuré doivent obligatoirement être réalisées de et vers un compte bancaire domicilié en France, elles sont obligatoirement faites en euros.

### 2.2 STATUTS

#### **Peuvent adhérer au Contrat : les Travailleurs Non-Salariés (TNS) et gérants majoritaires.**

La personne physique doit être affiliée à un régime obligatoire français en considération de sa qualité :

- soit de gérant majoritaire d'une société relevant d'une des formes juridiques suivantes SARL, SELARL, SELURL, EURL, EARL, SNC, SELCA, société en participation,
- soit de Travailleur Non salarié (TNS), commerçant, artisan,
- soit d'entrepreneur individuel ou d'auto-entrepreneur,
- soit de conjoint collaborateur d'une personne physique adhérente au contrat collectif.

### **Peuvent également adhérer au Contrat : les mandataires sociaux.**

Personnes physiques de plus de 18 ans et de moins de 75 ans (âge au 31 Décembre de l'année d'adhésion) ayant la qualité de mandataire social relevant d'une des formes juridiques et fonctions suivantes :

- Président et Directeur Général de SA, SAS, SASU, SELAS,
- les gérants minoritaires ou égalitaires de SARL ou SELARL.

**Ces adhérents mandataires sociaux ne pourront bénéficier de la déductibilité Madelin.**

**Il est aussi rappelé que les garanties du contrat « PACK HOSPITALISATION LOURMEL » ne respectent pas les conditions des contrats solidaires et responsables et ne bénéficient pas du dispositif Madelin (régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin »).**

## **2.3 MODALITÉ D'ADHÉSION AU CONTRAT**

Toute personne physique souhaitant adhérer au Contrat et satisfaisant aux conditions des paragraphes 2.1, 2.2 ci-dessus, doit, après avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information, du document d'information normalisé sur le contrat, des statuts de l'Association :

- compléter et signer un bulletin d'affiliation,
- communiquer les informations demandées par l'Assureur sur le bulletin d'affiliation.

L'adhésion prend effet au plus tôt au jour de la réception du dossier d'affiliation complet par l'assureur ou à une date ultérieure indiquée sur le Bulletin d'adhésion. Elle sera confirmée par le certificat d'adhésion émis par l'Assureur, **sous réserve du paiement de la première prime.**

**L'adhésion se renouvelle ensuite, au 1<sup>er</sup> janvier, par tacite reconduction, sauf si l'Adhérent a manifesté sa volonté d'y mettre fin par lettre, ou envoi d'un courriel adressé à l'Assureur.** La résiliation ne peut intervenir qu'à la fin de la première année civile d'adhésion, moyennant un préavis de 2 mois. Pour les années suivantes, la résiliation peut intervenir à tout moment moyennant un préavis de 1 mois. Le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date d'expédition du courriel.

**Lorsque l'Adhérent résilie son adhésion au contrat 2019-2, cette résiliation entraîne automatiquement la résiliation de son adhésion au contrat 2019-3 et ce à la même date.**

L'adhésion au contrat « PACK HOSPITALISATION LOURMEL » ne peut intervenir :

- que lors de la demande d'adhésion d'un Adhérent au contrat « LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS »,
- ou à une date d'échéance de l'adhésion au contrat « LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS » sous réserve que l'Adhérent satisfasse à la date de sa demande aux conditions d'adhésion au contrat « PACK HOSPITALISATION LOURMEL » et que la demande soit adressée à l'Assureur au minimum un mois avant la date d'échéance de l'adhésion au contrat « LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS ». Il n'est pas possible d'adhérer uniquement au « PACK HOSPITALISATION LOURMEL ».

## **2.4 ÉLIGIBILITÉ MADELIN**

Dans le cadre du contrat 2019-2 « LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS », pour qu'un Adhérent puisse bénéficier du régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin », il est rappelé que celui-ci doit obligatoirement, lors de son adhésion et pendant toute la durée de cette adhésion au contrat collectif :

- relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou des Bénéfices Non Commerciaux ou des traitements et salaires en application des dispositions de l'article 62 du Code général des impôts,
- être affilié auprès de la Caisse ou du Régime Obligatoire professionnel de prévoyance et de retraite dont il relève concernant son activité non salariée et être à jour du paiement de ses cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquels il est affilié.

L'adhésion au contrat 2019-3 « PACK HOSPITALISATION LOURMEL » n'est pas éligible au régime fiscal prévu par la loi N° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin ».

## 2.5 LA DÉCLARATION DES CHANGEMENTS EN COURS D'ADHÉSION

En cours d'adhésion, et conformément à l'article L.113-2 du Code des assurances, l'Adhérent doit informer l'Assureur de tout changement de situation, et notamment :

- toute modification des éléments renseignés sur le bulletin d'affiliation,
- tout changement de statut,
- tout changement de la composition des Ayants droit (naissance, mariage, décès),
- toute cessation ou changement d'affiliation d'un des Assurés au Régime obligatoire,
- tout changement de domicile ou fixation hors de France,
- tout changement d'adresse électronique,
- toute souscription de garanties de même nature auprès d'autres assureurs.

La modification d'une ou de plusieurs données ci-dessus, à l'exclusion de l'adresse électronique, peut entraîner une évolution de la prime.

**Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée à l'adresse : PAVILLON PRÉVOYANCE - 90 Avenue Thiers- CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex ou par l'envoi d'un recommandé électronique adressé à [contact@pavillon-prevoyance.fr](mailto:contact@pavillon-prevoyance.fr) , dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'Adhérent en a eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances (voir paragraphe 6-4 ci-après), à l'exception du changement d'adresse électronique qui peut être fait par lettre simple.**

Un changement de situation effectué par un Adhérent au titre du contrat « LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS » vaut aussi pour une adhésion de l'Adhérent au titre du contrat « PACK HOSPITALISATION LOURMEL » et ce même si l'Adhérent ne l'a pas spécifié dans sa déclaration.

## 2.6 AJOUT OU RETRAIT D'UN AYANT DROIT EN COURS D'ADHÉSION AU CONTRAT

Au cours de l'adhésion au Contrat, l'Adhérent a la faculté de modifier les Ayants droit dans les conditions ci-après :

- le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la modification de la situation de famille de l'Adhérent sous réserve qu'elle ait été portée à la connaissance de l'Assureur dans un délai de UN mois suivant la survenance de l'évènement,
- le 1<sup>er</sup> jour qui suit la naissance d'un nouveau-né, sous réserve que la demande parvienne à l'Assureur dans les 90 jours suivant la naissance,
- dans les autres cas, à la date anniversaire de l'adhésion au contrat (soit le 1<sup>er</sup> janvier), sous réserve que la demande parvienne à l'Assureur dans les TRENTE jours qui précèdent ladite date.

Cette modification donnera lieu à l'émission d'un avenant au certificat d'adhésion par l'Assureur.

**Les garanties cessent pour les Ayants droit :**

- à la même date que la cessation des garanties pour l'Adhérent,
- à la date à laquelle ils perdent le statut d'Ayant droit tel que défini contractuellement,
- à la date à laquelle ils cessent d'être Ayants droit au titre de l'adhésion au contrat « LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS ».

## 3. LES GARANTIES

### CONTRAT LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS

Le contrat « LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS » a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer à l'Adhérent et éventuellement à ses Ayants droit garantis au titre de l'adhésion au contrat, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, ou au premier euro pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale et pour lesquels un remboursement est prévu par les garanties souscrites par l'Adhérent.

Le contrat « LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS » référencé 2019-2 comporte 3 niveaux de garanties : Lourmel 1, Lourmel 2 et Lourmel 3.

Les garanties respectent les conditions légales des contrats solidaires et responsables en application des dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En conséquence les garanties du contrat tiennent obligatoirement compte dans leurs modalités de remboursement des prises en charge minimales et des prises en charge maximales prévues par les articles du Code de la Sécurité sociale ci-avant cités.

### CONTRAT PACK HOSPITALISATION LOURMEL

L'Adhérent peut faire le choix de renforcer ses garanties hospitalisation en souscrivant au contrat collectif facultatif sur complémentaire non responsable référencé 2019-3 « PACK HOSPITALISATION LOURMEL ».

### 3.1 CE QUE GARANTIT LE CONTRAT

Le CONTRAT LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS, dans les conditions et limites de l'option de garanties choisie (LOURMEL 1, LOURMEL 2 ou LOURMEL 3), mentionnée au certificat d'adhésion et dont les garanties figurent au tableau de garanties de l'article 3-4, garantit :

- le remboursement des frais médicaux en complément du régime obligatoire,
- la dispense d'avance de frais (Tiers payant).

Le contrat comprend une garantie assistance assurée par FILASSISTANCE INTERNATIONAL (voir point 10).

L'option « PACK HOSPITALISATION LOURMEL » :

Le contrat garantit en cas d'hospitalisation les prestations énumérées au tableau des garanties (article 3-4).

Par hospitalisation il faut entendre une hospitalisation prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie obligatoire.

### 3.2 DÉLAI D'ATTENTE

Aucun délai d'attente n'est appliqué afin de pouvoir bénéficier des garanties au Contrat.

### 3.3 L'ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

En cas de soins dispensés à l'étranger, les garanties s'exercent pour chaque Assuré dans les mêmes conditions que dans le cadre d'une prise en charge par leur régime obligatoire de base d'assurance maladie.

Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros.

## 3.4 DÉTAIL DES GARANTIES

### CONTRAT LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS

		Lourmel 1	Lourmel 2	Lourmel 3
SOINS COURANTS	<b>HONORAIRES MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX</b>			
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), OPTAM ou OPTAM-CO	100%	170%	300%
	Consultations et visites (généralistes et spécialistes), hors OPTAM ou hors OPTAM-CO		150%	200%
	Radiologie OPTAM ou OPTAM-CO		170%	300%
	Radiologie hors OPTAM ou OPTAM-CO		150%	200%
	Auxiliaires médicaux, analyses et soins infirmiers		100%	100%
	Transport			200%
	<b>MÉDICAMENTS</b>			
	Pharmacie remboursée à 65%	100%	100%	100%
	Pharmacie remboursée à 30%	15%		
Pharmacie remboursée à 15%				
<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b>				
Appareillages orthopédiques et autres prothèses <sup>(4)</sup>	100%	200%	300%	
HOSPITALISATION	<b>HONORAIRES</b>			
	Honoraires conventionnés OPTAM ou OPTAM-CO	100%	170%	300%
	Honoraires conventionnés hors OPTAM ou OPTAM-CO		150%	200%
	Honoraires non conventionnés		130%	150%
	<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>			
	Forfait hospitalier	Oui	Oui	Oui
	<b>AUTRES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION</b>			
	Participation forfaitaire 24 € pour acte > 120 €	Oui	Oui	Oui
	Frais de séjour pour établissements conventionnés ou non conventionnés	100%	150%	200%
Chambre particulière <sup>(1)</sup>	30 €/jour	70 €/jour	100 €/jour	
Lit d'accompagnant enfants de moins de 16 ans affiliés	25 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	
OPTIQUE	<b>ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ</b>			
	Équipement 100% santé <sup>(5)(6)</sup>	100% FRAIS RÉELS **		
	<b>ÉQUIPEMENT LIBRE ADULTE <sup>(6)</sup></b>			
	Monture	50 €	75 €	100 €
	Verre simple	50 €	100 €	150 €
	Verre complexe	100 €	200 €	300 €
	Verre très complexe	100 €	300 €	350 €
	<b>ÉQUIPEMENT LIBRE ENFANT <sup>(6)</sup></b>			
	Monture	50 €	75 €	100 €
	Verre simple	50 €	100 €	150 €
	Verre complexe	100 €	150 €	250 €
	Verre très complexe	100 €	250 €	300 €
	<b>AUTRES PRESTATIONS</b>			
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale <sup>(10)</sup>	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 250 €	
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale <sup>(10)</sup>				
Chirurgie réfractive <sup>(10)</sup>	-	500 €	1 000 €	
DENTAIRE	<b>SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ</b>			
	Soins et prothèses 100% santé <sup>(2)</sup>	100% FRAIS RÉELS *		
	<b>SOINS</b>			
	Soins dentaires	100%	150%	250%
	Parodontologie, blanchiment, curetage non remboursés par la Sécurité sociale <sup>(10)(11)</sup>	-	200 €	300 €
	Inlays-onlays	100%	150%	250%
	<b>PROTHÈSES DENTAIRES</b>			
	Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) <sup>(3)(4)</sup>	125%	250%	400%
	Autres prothèses à honoraires libres <sup>(4)</sup>			
	Prothèses dentaires et implants non remboursés par la Sécurité sociale <sup>(4)(10)</sup>	-	300 €	600 €
<b>ORTHODONTIE</b>				
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	125%	300%	400%	
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale <sup>(10)</sup>	-	300 €	600 €	
AIDES AUDITIVES	<b>ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ</b>			
	Équipement 100% santé <sup>(2)(7)</sup>	100% FRAIS RÉELS ***		
	<b>AUTRE ÉQUIPEMENT</b>			
Aides auditives de classe II «tarifs libres» <sup>(7)(8)</sup>	100%	200%	300%	
PREVENTION ET AUTRES SOINS	Médecines douces <sup>(9)(10)</sup>	50 €	3 X 50 €	6 X 50 €
	Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale <sup>(10)</sup>	15 €	50 €	75 €
	Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale / Sevrage tabagique <sup>(10)</sup>	-	50 €	75 €
	Pilules contraceptives non remboursées par la Sécurité sociale <sup>(10)</sup>	-	20 €	30 €
	Assistance	Oui	Oui	Oui
	Prévention sur tous actes prévus à l'arrêté du 8 juin 2006	100%	100%	100%

Les remboursements inclus au tableau ci-dessus sont exprimés, soit en forfait maximum, soit en fonction de la base de remboursement du régime de la Sécurité sociale et s'entendent "remboursements de la Sécurité sociale compris". Ils sont limités aux frais réellement engagés. **Ils ne comprennent pas la participation forfaitaire, la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins, l'autorisation de dépassement d'honoraire pratiqué par un médecin consulté hors parcours de soins et les franchises médicales.**

**\* Dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020.**

**\*\* Verres 100% frais réels dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente), monture limitée à 30 €, prestation d'adaptation et d'appairage 100% frais réels dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020.**

**\*\*\* Dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021.**

**(1) 60 jours par année civile sauf psychiatrie 30 jours.**

**(2) Soins et prothèses relevant du «100% Santé» au 1<sup>er</sup> janvier 2020, définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2.**

**(3) Prothèses hors «100% Santé», auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2.**

**(4) Plafonds s'appliquant pour le cumul des postes suivants :**

- prothèses dentaires hors 100% santé,
- implants non remboursés,
- appareillages orthopédiques et autres prothèses.
- 2 000 € par an, les 24 premiers mois dans la garantie,
- 3 500 € par an à partir du 25<sup>ème</sup> mois dans la garantie.

**(5) Equipement 100% Santé «Classe A», pris en charge tel que défini par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente définis par la réglementation.**

**(6) Renouvellement :**

- pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge par la Sécurité sociale,
- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement par la Sécurité sociale.

**Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues au Code de la Sécurité sociale notamment en cas d'évolution de la vue dans les conditions prévues au VIII.2 du chapitre 2 du titre II de la LPP prévue par l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale.**

**(7) Prothèses auditives : renouvellement tous les 4 ans de date à date (montant de remboursement maximal : 1 700 € Sécurité sociale + contrats complémentaires).**

**(8) Plafond applicable:**

**1 000 € par an les 24 premiers mois dans la garantie pour les adultes.**

**(9) Les médecines douces agréées comprennent les spécialités suivantes :**

- ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession,
- chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC,
- acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins,
- étioopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministre de la santé publique (RNE),
- diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession,
- pédicures-podologues titulaire d'un diplôme d'état de pédicure podologue,
- psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie. Le forfait s'entend hors consultation au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP) ou d'un organisme public dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

**(10) Forfait par bénéficiaire et par année civile.**

**(11) incluant également tout acte non remboursé par la Sécurité sociale codé END ou ADC.**

**CONTRAT PACK HOSPITALISATION LOURMEL**

<b>PACK HOSPITALISATION</b> <small>Option supplémentaire non responsable, souscriptible à partir des options Lourmel 1, 2 ou 3 (les % des prestations hospitalisation se cumulent).</small>	<b>HONORAIRES</b>	
	Honoraires conventionnés OPTAM ou OPTAM-CO	+ 300%
	Honoraires conventionnés hors OPTAM ou OPTAM-CO	+ 300%
	Honoraires non conventionnés	+ 300%
	<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	
	Forfait hospitalier	-
	<b>AUTRES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION</b>	
	Participation forfaitaire 24 € pour acte > 120 €	-
	Frais de séjour pour établissements conventionnés ou non conventionnés	+ 300%
	Chambre particulière <sup>(1)</sup>	+ 50 €/jour
Lit d'accompagnant enfants de moins de 16 ans affiliés	-	

Les remboursements inclus au tableau ci-dessus sont exprimés, soit en forfait maximum, soit en fonction de la base de remboursement du régime de la Sécurité sociale. **Ils sont limités aux frais réellement engagés. Ils ne comprennent pas la participation forfaitaire, la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins, l'autorisation de dépassement d'honoraire pratiqué par un médecin consulté hors parcours de soins et les franchises médicales.**

**Les niveaux de remboursement figurant dans ce tableau se cumulent avec les niveaux de remboursement des garanties hospitalisation des niveaux LOURMEL 1, LOURMEL 2 et LOURMEL 3 du contrat 2019-2 « LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS ».**

**(1) 60 jours par année civile sauf psychiatrie 30 jours.**

Lorsque la garantie « PACK HOSPITALISATION LOURMEL » est souscrite avec une garantie LOURMEL1, le niveau global des garanties résultant est appelé « LOURMEL 1 + ».

De même pour la souscription de la garantie « PACK HOSPITALISATION LOURMEL » avec LOURMEL 2 ou LOURMEL 3.

Le niveau global des garanties en résultant est appelé « LOURMEL 2+ » ou « LOURMEL 3+ ».

### 3.5. LA MODIFICATION DES GARANTIES EN COURS DE CONTRAT

Une modification par l'Adhérent des garanties choisies (choix entre LOURMEL 1, LOURMEL 2, ou LOURMEL 3 ou souscription/dénonciation de l'option « PACK HOSPITALISATION LOURMEL ») est possible au moment de la date d'échéance annuelle du Contrat (soit le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année) sous réserve que l'Adhérent satisfasse à la date de cette demande aux conditions d'adhésion au Contrat et que la demande soit adressée à l'Assureur au minimum un mois avant la date d'échéance.

En cas d'évolution du niveau des garanties en cours d'adhésion, l'indemnisation pour un sinistre sera toujours limitée aux garanties en vigueur au moment de la date de survenance des soins.

Toute demande devra être faite par l'Adhérent à l'Assureur obligatoirement par lettre recommandée à l'adresse du gestionnaire : PAVILLON PRÉVOYANCE- 90 Avenue Thiers CS21004 33072 Bordeaux Cedex-ou par l'envoi d'un recommandé électronique adressé à [contact@pavillon-prevoyance.fr](mailto:contact@pavillon-prevoyance.fr).

La modification de l'option des garanties (LOURMEL 1, LOURMEL 2 ou LOURMEL 3) ou l'ajout de l'option « PACK HOSPITALISATION LOURMEL ») est toujours subordonné :

- à une demande d'avenant de l'Adhérent adressée à l'Assureur par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique,
- au respect des conditions d'adhésion demandées par l'Assureur,
- et à l'acceptation expresse de l'Assureur formalisée par un avenant au Certificat d'adhésion.

**Seul un avenant au certificat d'adhésion vaut acceptation de l'Assureur : l'avenant indiquant la modification concernée et la date d'effet de celle-ci.**

### 3.6. LES CAS OU LA GARANTIE NE S'EXERCE PAS

**Ne sont pas couverts dans le cadre des contrats « LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS » et « PACK HOSPITALISATION LOURMEL » et ne donnent droit à aucun remboursement par l'Assureur :**

- le forfait, les frais de séjour et les chambres particulières en établissements médicaux sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personne âgées dépendantes (EHPAD),
- les traitements esthétiques non pris en charge par la Sécurité sociale,
- les frais de voyage et de séjour, hors hospitalisation, notamment en établissement thermal, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérium, home d'enfants,
- les hospitalisations non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

**Ne sont pas couverts dans le cadre du contrat « PACK HOSPITALISATION LOURMEL ».**

- les séjours autres qu'une hospitalisation.

**Quel que soit le Contrat ne sont pas couverts et ne donnent droit à aucun remboursement par l'Assureur :**

- Les actes et dépenses non pris en charge par le régime obligatoire de Sécurité sociale, à l'exception toutefois de certains actes dont l'indemnisation est prévue contractuellement selon chaque option de garantie de l'article 3-4 et selon l'option choisie par l'Adhérent,
- les actes et dépenses antérieurs à la date de prise d'effet de l'adhésion au Contrat ou postérieurs à la date de cessation de l'adhésion au Contrat.

## 3.7. LES LIMITATIONS DE LA GARANTIE

### LES DÉPENSES NON PRISES EN CHARGE :

En application des dispositions des articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, sont exclus des remboursements accordés par l'Assureur :

- la participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration de la participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription du médecin traitant, sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus),
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins),
- tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.

Le montant des prestations servies par le régime obligatoire pourra varier si l'Assuré ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.

Sont toujours exclues de la prise en charge par l'Assureur les modulations du ticket modérateur liées à la sanction sur les remboursements de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins.

### LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- Chambre particulière et lit accompagnant : la prise en charge est limitée à 60 jours par année civile et 30 jours en établissement psychiatrique.
- Médecines douces : par année civile et par bénéficiaire, limitées aux spécialistes suivants :
  - ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession,
  - chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC,
  - acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins,
  - étioopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministre de la santé publique (RNE),
  - diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession,
  - pédicures-podologues titulaires d'un diplôme d'état de pédicure podologue,
  - psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie. Le forfait s'entend hors consultation au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP) ou d'un organisme public dans le cadre du parcours de soins coordonnés.
- Optique : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution justifiée de la vue. Ce délai de deux ans est fixe et ne peut être ni réduit ni allongé. Il s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le montant garanti en optique, pour les montures et verres autres que ceux appartenant à une classe de prise en charge renforcée (panier 100% santé) ne pourra jamais être inférieur ni supérieur aux minimas et maximas tels que prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- Prothèses dentaires autres que 100% santé et appareillages orthopédiques et autres prothèses : les remboursements sont plafonnés à 2 000 € par an et par bénéficiaire les 24 premiers mois dans la garantie, puis à 3 500 € par an à partir du 25<sup>ème</sup> mois.
- Prothèses auditives :
  - les prothèses auditives sont limitées à un appareil tous les 4 ans de date à date,
  - les remboursements, hors 100% santé, sont plafonnés à 1 000 € par année civile et par bénéficiaire adulte les 24 premiers mois dans la garantie.

## 4. LA PRIME

### 4.1. LES MODALITÉS DE CALCUL ET LE PAIEMENT DE LA PRIME

A l'adhésion, le montant de la prime correspond à la formule choisie et est fixé en fonction de l'âge des personnes assurées (âge au 31/12) au moment de la prise d'effet de l'adhésion et du lieu du domicile de l'Adhérent.

La prime évolue également contractuellement, à chaque échéance principale, en fonction de l'âge des assurés (âge au 31/12). Au-delà de 90 ans (âge au 31/12) le tarif reste fixe.

### 4.2. LE PAIEMENT DES PRIMES

Pour chaque année d'assurance, la prime est payable d'avance par prélèvement automatique. La périodicité peut être annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle au choix de l'Adhérent. Ce choix n'est modifiable qu'à l'échéance principale de l'adhésion au Contrat par courrier simple et à condition que la demande soit adressée à l'Assureur au minimum un mois avant la date d'échéance.

### 4.3. L'ÉVOLUTION DE LA PRIME ET DES GARANTIES A L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR

Les primes peuvent évoluer à chaque échéance principale de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les primes peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par le Régime obligatoire de l'Adhérent et/ou toutes modifications législatives et réglementaires.

Par ailleurs, l'Assureur peut être amené à modifier son tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, afin de préserver l'équilibre technique du contrat.

Dans ces cas la prime sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance principale de l'adhésion.

La modification du tarif est notifiée à l'Adhérent qui dispose d'un délai de trente jours à compter de la notification qui lui aura été faite, pour résilier son adhésion au contrat par lettre recommandée ou par lettre recommandée électronique. Passé ce délai de trente jours l'Adhérent est considéré avoir accepté implicitement la modification de l'Assureur.

Les primes incluent l'ensemble des taxes et contributions, toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de primes.

### 4.4. LE NON-PAIEMENT DE LA PRIME

**Conformément aux articles L.113-3 et L.141-3 (exclusion d'un Adhérent) du Code des Assurances, détaillés en annexe 2, l'Assureur peut exclure un Adhérent du bénéfice du contrat s'il cesse de payer sa prime. Son exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure. L'Assureur s'engage à adresser la lettre recommandée dans les formes réglementaires et au plus tôt dans un délai de dix jours à compter de l'échéance impayée.**

**En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, l'adhésion au Contrat non résiliée reprend ses effets, à midi le lendemain du jour du paiement à l'Assureur.**

## 5. LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

### 5.1. TIERS PAYANT, TÉLÉTRANSMISSION ET PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

#### TIERS PAYANT

Une attestation de tiers payant est délivrée à l'Adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux Assurés la dispense d'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées.

**En cas d'utilisation frauduleuse de l'attestation de tiers payant, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.**

**L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement son attestation en cours de validité et à ne plus l'utiliser.**

#### TÉLÉTRANSMISSION

Dans les départements où l'Assureur a signé un accord avec la caisse d'assurance maladie de l'Assuré l'Assureur fait bénéficier l'Assuré d'un système simplifié de remboursement de ses dépenses.

Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, l'Assureur fait un traitement simultané du calcul de sa participation au remboursement des frais exposés et effectue le paiement correspondant. Ainsi, l'Adhérent ou l'Assuré n'a pas à transmettre le décompte des prestations de son régime obligatoire français.

Si l'Adhérent ou un Assuré ne souhaite pas bénéficier de cette possibilité, il doit le préciser sur le bulletin d'affiliation ou le notifier par écrit par lettre recommandée à l'adresse : PAVILLON PRÉVOYANCE- 90 Avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex ou par l'envoi d'un recommandé électronique adressé à [contact@pavillon-prevoyance.fr](mailto:contact@pavillon-prevoyance.fr).

Le règlement de la participation de l'Assureur s'effectuera alors selon la procédure classique.

Lorsque l'Assuré ne bénéficie pas de la télétransmission, ou que le règlement des frais n'a pas été effectué directement au professionnel de santé, pour obtenir le remboursement des dépenses prises en charge selon la formule de garanties souscrite, l'Assuré doit faire parvenir par écrit à l'adresse : PAVILLON PRÉVOYANCE - 90 Avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex ou par l'envoi électronique à [contact@pavillon-prevoyance.fr](mailto:contact@pavillon-prevoyance.fr), les pièces mentionnées ci-après, accompagnées, le cas échéant, du refus de prise en charge du Régime obligatoire.

#### PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Dès qu'il a connaissance de son hospitalisation en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, l'Assuré en informe l'assureur qui lui délivrera une prise en charge. Cette prise en charge dispensera l'assuré de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite des garanties souscrites, à l'exception, bien sûr, des frais personnels.

Si l'hospitalisation n'a pas donné lieu à une prise en charge par l'assureur, l'assuré paie son séjour hospitalier à l'établissement. L'assureur le remboursera sur présentation de la facture originale acquittée, dans la limite des garanties.

## 5.2. DÉCLARATION DE SINISTRE

### DÉLAIS A RESPECTER

**Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent être adressées par courrier à : PAVILLON PRÉVOYANCE - 90 Avenue Thiers- CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex ou par courrier électronique à [contact@pavillon-prevoyance.fr](mailto:contact@pavillon-prevoyance.fr), dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance du fait générateur ou sa connaissance par l'Assuré.**

**En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, l'Assuré est déchu de ses droits pour le sinistre sur lequel porte la déclaration frauduleuse et LOURMEL SOLUTION ASSURANCES n'est redevable d'aucune prestation.**

Pour obtenir le règlement des prestations l'Adhérent ou l'Assuré doit faire parvenir à l'Assureur les justificatifs des dépenses au titre des soins couverts ou de produits ou de dispositifs médicaux remboursés par l'Assureur dans les cas suivants :

- le bénéficiaire des soins n'a pas bénéficié de la dispense d'avance des frais (procédure de tiers payant),
- la télétransmission informatique des prestations santé par le régime obligatoire de Sécurité sociale vers l'Assureur ou son délégataire de gestion n'a pas été réalisée alors que les soins dispensés, les produits ou les dispositifs médicaux délivrés sont remboursés par le régime obligatoire,
- les soins dispensés, les produits ou les dispositifs médicaux délivrés ne sont pas remboursés par le régime de Sécurité sociale obligatoire mais pris en charge en tout ou partie par l'Assureur en fonction du niveau de garantie souscrit.

### PIÈCES A FOURNIR EN FONCTION DE LA TYPOLOGIE DES SOINS

- Médecine courante :
  - décomptes originaux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.
- Hospitalisation :
  - original du décompte des prestations du régime obligatoire,
  - les originaux des factures de l'établissement hospitalier,
  - les notes d'honoraires des chirurgiens et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, lorsque les frais n'ont fait l'objet d'aucun remboursement par le régime obligatoire,
  - les justificatifs des frais d'accompagnant (détaillés par journée) au nom du patient.
- Optique :
  - original du décompte de l'assurance maladie obligatoire,
  - la facture détaillée acquittée établie par l'opticien,
  - la prescription médicale.
- Appareillage :
  - décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire,
  - facture originale acquittée avec actes détaillés
- Dentaire :
  - soins remboursés par le régime obligatoire : original du décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ; la facture originale acquittée avec actes détaillés ; pour les soins en milieu hospitalier, la quittance pro-forma/facture détaillée et l'avis de somme à payer,
  - soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire : facture originale acquittée avec actes détaillés.
- Chirurgie réfractive :
  - prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.
- Prothèses et appareillages :
  - original du décompte du régime obligatoire,
  - la facture détaillée.
- Médecines douces non remboursées (ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, diététiciens, étioopathes, pédicure-podologues, psychologues), médicaments et vaccins non remboursés, pilule contraceptive et sevrage tabagique non remboursés, notes d'honoraires et autres factures originales acquittées justifiant les dépenses réelles.

### 5.3. PRESTATIONS INDUMENT VERSÉES

**En cas de prestations versées indûment à un Adhèrent ou à un Ayant droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte de tiers payant par un Adhèrent ou un Ayant droit pendant la suspension de ses garanties ou postérieurement à la résiliation de son adhésion au contrat entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, l'Assureur se réserve le droit de réclamer à l'Adhèrent le remboursement de toutes prestations indues, et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre à ce remboursement.**

### 5.4. LES RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Le médecin-conseil de l'Assureur peut demander à l'Assuré tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale.

L'Assuré doit lui communiquer ces renseignements directement, et à son attention exclusive.

### 5.5. LE CONTRÔLE ET L'EXPERTISE

Sauf cas de force majeure, l'Assuré malade ou accidenté peut, le cas échéant, à la demande de l'Assureur, avoir à se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par l'Assureur. L'Assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Les honoraires du médecin mandaté par l'Assureur sont à la charge de l'Assureur, l'Assuré conservant à sa charge ceux éventuellement exposés en cas d'assistance par le médecin de son choix.

La décision sera communiquée à l'assuré par le médecin-conseil de l'Assureur.

Toute contestation de l'Assuré sur les conclusions de l'expert entraînera la procédure qui suit avant tout recours à la voie judiciaire :

- expertise contradictoire : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'Assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin,
- compromis d'arbitrage : si un désaccord sur l'état de santé de l'Assuré subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord.

Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal de grande instance du domicile de l'Assuré situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste.

En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties.

## 6. RENONCIATION, RÉSILIATION, NULLITÉ

### 6.1. LA RENONCIATION À L'ADHÉSION AU CONTRAT EN CAS DE VENTE A DISTANCE

À compter de la date de prise d'effet de son adhésion au Contrat, l'Adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour renoncer à son adhésion.

L'Adhérent a le droit de renoncer sans donner de motif.

Le délai de renonciation expire quatorze jours calendaires à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion au Contrat (ou à compter de la date de réception par l'Adhérent des conditions contractuelles et des informations mentionnées à l'article L112-2-1 du Code des assurances si cette réception est postérieure).

Pour exercer son droit de renonciation, l'Adhérent doit notifier à l'Assureur sa décision de renonciation au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté par lettre simple envoyée par la poste à l'adresse PAVILLON PRÉVOYANCE- 90 Avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex ou par l'envoi d'un courriel adressé à [contact@pavillon-prevoyance.fr](mailto:contact@pavillon-prevoyance.fr).

L'Adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation ci-après mais cela n'est pas obligatoire.

Modèle de formulaire de renonciation :

« Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat  
« ..... » n°: ..... que j'ai souscrit le .....  
Fait à ..... le ..... signature ..... ».

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation par l'Assureur et celui-ci remboursera à l'Adhérent les primes déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée depuis la date de prise d'effet de l'adhésion jusqu'à la date de renonciation. Si des prestations ont déjà été versées au titre de l'adhésion au Contrat, l'Adhérent ne peut plus exercer son droit de renonciation.

Une renonciation au titre de l'adhésion au contrat « **LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS** » entrainera automatiquement une renonciation à l'adhésion au contrat complémentaire « **PACK HOSPITALISATION LOURMEL** ».

Sont rappelées ci-dessous les dispositions légales en matière de démarchage à domicile et de vente à distance.

#### SI L'ADHÉRENT A ADHÉRÉ AU CONTRAT SUITE A UN DÉMARCHAGE A DOMICILE

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9 du Code des assurances s'appliquent :

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou une Convention à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (...) L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique mentionné au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation ».

## SI L'ADHÉRENT A ADHÉRÉ AU CONTRAT A DISTANCE (EXEMPLE PAR INTERNET)

Les dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des assurances s'appliquent (extrait de l'article L112-2-1) :

« II.-1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu,
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au (a) (paragraphe 6.3).

2° Toutefois, en ce qui concerne les contrats d'assurance vie, le délai précité est porté à trente jours calendaires révolus.

## 6.2. LA RÉSILIATION DE L'ADHÉSION AU CONTRAT

### RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT

L'Adhérent peut résilier son adhésion au Contrat par lettre à l'adresse : PAVILLON PRÉVOYANCE- 90 Avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex ou par l'envoi d'un courriel adressé à [contact@pavillon-prevoyance.fr](mailto:contact@pavillon-prevoyance.fr).

La résiliation ne peut intervenir qu'à la fin de la première année civile d'adhésion, moyennant un préavis de 2 mois. Pour les années suivantes, la résiliation peut intervenir à tout moment moyennant un préavis de 1 mois.

**La résiliation de l'adhésion au titre du contrat « LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS » entraîne automatiquement, à la même date, la résiliation de l'adhésion au titre du contrat « PACK HOSPITALISATION LOURMEL.**

### RÉSILIATION PAR L'ASSUREUR

Une résiliation de l'adhésion au Contrat par l'Assureur peut intervenir dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement de la prime (paragraphe 4.4),
- de fausse déclaration (paragraphe 6.4),
- de non-respect des conditions d'adhésion (paragraphe 2.1 ; 2.2),
- d'aggravation du risque (paragraphe 2-5).

### EFFETS DE LA RÉSILIATION

La résiliation de l'adhésion fait cesser les garanties souscrites à la date d'effet de la résiliation. Toutes les garanties de l'Adhérent et de ses Ayants droit cessent à cette date d'effet de la résiliation de l'adhésion. Les prestations correspondant à des sinistres antérieurs à la date de la résiliation seront remboursées à l'Assuré.

## 6.3. LA CESSATION DE L'ADHÉSION AU CONTRAT

### LA CESSATION DE L'ADHÉSION AU CONTRAT INTERVIENT :

- (a) en cas de dénonciation du Contrat par l'Association ou par l'Assureur à l'échéance annuelle du Contrat. En cas de résiliation ou de non reconduction du Contrat par l'Assureur ou l'Association, aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée, et l'Assureur s'engage à maintenir les adhésions en cours,
- (b) en cas de renonciation par l'Adhérent à son adhésion au Contrat (paragraphe 6.1),
- (c) en cas de résiliation par l'Adhérent de son adhésion au Contrat notamment à l'échéance annuelle par l'envoi d'un courrier recommandé ou d'un envoi recommandé électronique adressé à l'Assureur au moins deux mois avant la date d'échéance du 1<sup>er</sup> janvier de chaque année (paragraphe 6.2),

- (d) en cas de résiliation par l'Assureur de l'adhésion au Contrat,
- (e) en cas de non-paiement de sa prime par l'Adhérent (paragraphe 4.4),
- (f) lorsque l'Adhérent cesse de remplir les conditions pour être bénéficiaire du Contrat selon les dispositions prévues par les paragraphes 2.1 et 2.2,
- (g) à la date du décès de l'Adhérent,
- (h) lorsque l'Adhérent cesse d'être membre de l'Association souscriptrice du Contrat,
- (i) en cas d'aggravation du risque et application par l'Assureur des dispositions de l'article L.113-4 du Code des assurances.

**Lorsqu'un Adhérent cesse d'adhérer au contrat « LOURMEL SANTE INDEPENDANTS » il cesse aussi à la même date d'adhérer au contrat « PACK HOSPITALISATION LOURMEL ».**

Un Ayant droit cesse de bénéficier des prestations :

- (a) à la date de cessation de l'adhésion de l'Adhérent au Contrat,
- (b) à la date à laquelle il cesse de remplir la définition d'Ayant droit telle que prévue à l'article 2-1,
- (c) à la date de sa suppression comme Ayant droit du Contrat.

Pour un Adhérent conjoint collaborateur, outre les évènements ci-dessus mentionnés, l'adhésion au Contrat et en conséquence l'ensemble des garanties souscrites cesse aussi automatiquement :

- lorsque son conjoint cesse d'être Adhérent au Contrat,
- lorsqu'il perd son statut de conjoint collaborateur.

**A la date de cessation de l'adhésion au Contrat, l'ensemble des garanties prend fin à cette date de cessation. Les prestations correspondant à des sinistres antérieurs à la date de la résiliation seront remboursées à l'Assuré.**

## 6.4. NULLITÉ

Toute réticence, déclaration intentionnelle fautive, omission ou déclaration inexacte de l'Adhérent entraîne pour celui-ci ainsi que pour ses Ayants droit, l'application selon les cas des sanctions prévues aux articles L.113-8 (nullité de l'adhésion au Contrat) ou L.113-9 (réduction proportionnelle) du Code des assurances, dès lors que celles-ci ont eu une influence sur l'appréciation des risques par l'Assureur.

Sont applicables les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances détaillés en annexe 2.

## 6.5 LIMITES DE REMBOURSEMENT

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais, restant à la charge de l'Adhérent et de ses Ayants droit, de toute nature après les remboursements auxquels ils ont droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge de l'Adhérent et de ses Ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

## 7. DISPOSITIONS DIVERSES

### 7.1. MODALITÉS DE COMMUNICATION

Il est précisé que l'Assureur souhaite utiliser de manière privilégiée des moyens de communication dématérialisés avec l'Adhérent sur support durable autre que le papier notamment par courrier électronique. On entend par courrier électronique (email), tout document informatisé qu'un utilisateur saisit, envoie ou consulte en différé par l'intermédiaire du réseau Internet, avec ou sans pièces jointes. Par la communication de son adresse électronique lors de l'adhésion ou en cours de Contrat, l'Adhérent reconnaît que cette dématérialisation est adaptée à sa situation.

L'Assureur s'engage avant d'utiliser une adresse électronique d'un Adhérent :

- à vérifier au préalable que ce mode de communication est adapté à la situation de celui-ci,
- à s'assurer que l'Adhérent est en mesure de prendre connaissance des informations et documents sur le support durable envisagé,
- à vérifier l'adresse électronique fournie par l'Adhérent,
- à informer l'Adhérent que les relations contractuelles seront poursuivies au moyen de l'adresse électronique fournie par l'Adhérent.

L'Assureur s'engage à renouveler annuellement ses opérations de vérifications.

L'Adhérent peut, à tout moment et par tout moyen à sa convenance, s'opposer à la dématérialisation et demander à l'Assureur ou au gestionnaire que celui-ci a désigné qu'un support papier soit utilisé sans frais supplémentaire applicables.

L'Adhérent s'engage à informer sans délai l'Assureur de toute modification de son adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de sa situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la gestion de son adhésion.

### 7.2. SUBROGATION

Conformément à l'article L.131-2 du Code des assurances : « *Dans l'assurance de personnes, l'Assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé aux droits du contractant ou du bénéficiaire contre des tiers à raison du sinistre.*

*Toutefois, dans les contrats garantissant l'indemnisation des préjudices résultant d'une atteinte à la personne, l'Assureur peut être subrogé dans les droits du contractant ou des ayants droit contre le tiers responsable, pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat. »*

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré à concurrence des sommes versées dans le cadre de ce sinistre.

### 7.3. RECUEIL DES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES

L'Assureur peut être amené à recueillir des coordonnées téléphoniques d'un Adhérent.

En application de l'article L.223-1 du Code de la consommation, il est rappelé que la personne qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique (liste BLOCTEL) sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

## 7.4. PRESCRIPTION

En application de l'article L.114-1 du Code des assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court pas :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont, soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit un acte d'exécution forcée.

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

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel « [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) ».

### ARTICLE 2240

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

### ARTICLE 2241

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

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

### ARTICLE 2242

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

### ARTICLE 2243

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

#### **ARTICLE 2244**

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

#### **ARTICLE 2245**

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

**En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.**

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

#### **ARTICLE 2246**

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

### **7.5. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS**

Les informations nominatives recueillies par l'Assureur (responsable du traitement) concernant l'Adhérent et ses Ayants-droit ont un caractère obligatoire et sont exclusivement utilisées dans le cadre de l'adhésion au Contrat, de la gestion de l'adhésion et de l'exécution des obligations de l'Assureur dans le cadre contractuel. Leur non transmission par l'Adhérent rendra donc impossible l'exécution du Contrat par l'Assureur.

Ces informations nominatives peuvent être communiquées aux autres organismes : délégataire de gestion (PAVILLON PRÉVOYANCE) et ses sous-traitants, réseau de soins (ITELIS), l'assistant (FILASSISTANCE).

Les informations personnelles pourront être également transmises au Groupe Lourmel et ses sous-traitants dans le cadre du contrôle et de la lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de l'exécution des dispositions comptables, légales et réglementaires.

Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées c'est-à-dire une durée correspondant à la durée de l'adhésion au Contrat augmentée de la durée de la prescription ou de la durée légale de conservation.

Au titre de la sécurité et de la confidentialité des données à caractère personnel, LOURMEL SOLUTIONS ASSURANCES déploie les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour :

- garder les données personnelles strictement confidentielles,
- assurer la sécurité des données personnelles au sein de son système d'information.

Conformément à la législation en vigueur, l'Adhérent, ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par l'Assureur, dispose du droit de demander à l'Assureur l'accès à ses données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, la limitation de leur traitement. Il dispose également d'un droit d'opposition au traitement de ces données, d'un droit à leur portabilité et du droit de retirer son consentement à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur un consentement effectué avant le retrait.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la Protection des Données de l'Assureur par courrier à adresser à Groupe LOURMEL - Service Contrôle Interne - 108 rue de Lourmel, 75718 Paris Cedex 15 ou par mail à [lourmel\\_ci@lourmel.asso.fr](mailto:lourmel_ci@lourmel.asso.fr)

L'Adhérent dispose aussi du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après son décès. (Ces directives définissent la manière dont la personne entend que soient exercés après son décès les droits rappelés ci-dessus).

L'Adhérent dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés dont les coordonnées sont les suivantes : **3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07. Tél : 01 53 73 22 22.**

## 7.6. LANGUES ET LOI APPLICABLES

Les relations contractuelles avec l'Adhérent et ses Ayants droit sont régies par la Loi française.

Les garanties assurées par l'Assureur sont régies par le Code des assurances.

En outre, l'Adhérent et l'Assureur conviennent de l'utilisation de la langue française pour toute la durée de l'adhésion de l'Adhérent au Contrat.

En cas d'évolution législative ou réglementaire, le Contrat sera adapté par l'Assureur afin de rester en conformité avec le droit français et un avenant au contrat collectif sera signé entre l'Assureur et l'Association.

## 7.7. RÉCLAMATIONS

L'Assureur met à la disposition de l'Adhérent la possibilité de contacter la Direction Administrative de l'Assureur pour apporter une réponse à toute réclamation concernant un Contrat, à l'adresse suivante : PAVILLON PRÉVOYANCE Service Réclamations - 90 avenue Thiers CS21004 - 33072 Bordeaux Cedex.

L'Assureur s'engage à accuser réception d'une réclamation dans un délai maximum de dix jours ouvrables à compter de la réception de celle-ci et à y apporter une réponse dans un délai maximum de deux mois.

## 7.8. MÉDIATION

Après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations, et en cas de désaccord toujours persistant, il est possible à l'Adhérent de saisir le médiateur de la consommation qui est le médiateur de l'assurance, qui étudiera le dossier et rendra son avis en toute indépendance.

Ce médiateur de l'assurance peut être saisi par courrier ou par mail aux coordonnées suivantes :

**Par courrier** : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

**Par voie électronique** en complétant un formulaire sur le site de la médiation de l'assurance <http://mediation-assurance.org/saisir-le-mediateur>.

Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsque :

- l'Adhérent ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de l'Assureur par une réclamation écrite,
- la demande est manifestement infondée ou abusive,
- le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal,
- l'Adhérent a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de l'Assureur,
- le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation.

**Le recours à la médiation suspend la prescription en application de l'article 2238 du Code civil.**

En cas de désaccord persistant, le recours à une action en justice reste toujours possible.

## **7.9. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME**

L'Assureur est soumis à la législation applicable en matière de Lutte contre le Blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et s'engage à la respecter.

Il pourra dans ce cadre être amené à demander à l'Adhérent des justificatifs tels que prévus par la réglementation applicable incluse au Code monétaire et financier.

## **7.10. AUTORITÉ DE CONTRÔLE**

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

## **7.11. CLAUSE DE DÉCHÉANCE EN CAS DE FRAUDE OU DE MAUVAISE FOI LORS D'UN SINISTRE**

**L'Assuré qui effectue à l'Assureur une déclaration de mauvaise foi ou avec une intention frauduleuse à l'occasion d'une demande de versement de prestations dans le cadre de l'adhésion au Contrat est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause.**

## 8. LEXIQUE

### **ADHÉRENT**

L'Adhérent adhère au Contrat souscrit par l'Association.

### **ADULTE**

Est considéré comme Adulte, notamment en ce qui concerne les prestations Optique et Aides auditives tout bénéficiaire âgé de 16 ans et plus.

### **ASSURE**

La ou les personne(s) garantie(s) par le Contrat et désignée(s) au certificat d'adhésion et bénéficiaire(s) des garanties.

### **AVENANT**

Modification de l'adhésion au Contrat et document matérialisant cette modification.

### **AYANT DROIT**

Désigne sous réserve qu'il(s) soit(ent) inscrit(s) au certificat d'adhésion :

- le Conjoint de l'Adhérent bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale français,
- les enfants à la charge de l'Adhérent ou de son Conjoint bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale français.

### **CHAMBRE PARTICULIÈRE**

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

### **CHIRURGIE RÉFRACTIVE**

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels.

La chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie... En revanche, la chirurgie liée à la cataracte n'est pas incluse dans la chirurgie réfractive.

### **CONCUBIN**

On entend par concubin, la personne vivant en concubinage avec l'Adhérent, remplissant les conditions de l'article 515-8 du Code civil et figurant sur le certificat d'adhésion.

### **CONJOINT**

On entend par Conjoint :

- l'époux (se) de l'Adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement,
- le partenaire lié par un PACS avec l'Adhérent (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article 515-1 du Code civil,
- le concubin de l'Adhérent.

En cas de concubinage, l'Assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

### **CONJOINT COLLABORATEUR**

Le statut de conjoint collaborateur est défini aux articles L.121-4 et R.121-1 du Code de commerce comme le conjoint du chef d'une entreprise commerciale, artisanale ou libérale qui exerce une activité professionnelle régulière dans l'entreprise sans percevoir de rémunération et sans avoir la qualité d'associé au sens de l'article 1832 du Code civil.

## **CONTRAT « SOLIDAIRE ET RESPONSABLE »**

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne fixe pas les cotisations ou les primes en fonction de l'état de santé de l'individu couvert, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle rembourse :

- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'assurance maladie obligatoire (hormis quelques exceptions),
- le forfait journalier hospitalier,
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% santé » pour les lunettes (à partir de 2020) et une partie des prothèses dentaires (à partir de 2020 et 2021) et certaines aides auditives (à partir de 2021), dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du 100% santé.

Elle peut également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

**En revanche, elle ne doit pas rembourser :**

- les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins,
- la participation forfaitaire de 1 euro applicable aux consultations et certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50 euros par boîte de médicament).

Une couverture complémentaire santé responsable doit respecter les délais de renouvellement des équipements : deux ans pour les lunettes et 4 ans pour les aides auditives, sauf cas dérogatoires et doit respecter pour les équipements optique et aides auditives autres que ceux à prise en charge renforcée les maximums de remboursement autorisés.

Une couverture complémentaire santé responsable prend en charge tous les actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale pour lesquels un ticket modérateur est appliqué.

## **DÉLAI D'ATTENTE**

Période décomptée à partir de la date de prise d'effet stipulée au certificat d'adhésion, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais médicaux engagés au cours de cette période.

## **DÉPASSEMENT D'HONORAIRES**

La partie des honoraires dépassant la base de remboursement du Régime obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

## **DÉPENSES RÉELLES**

Montant total des dépenses engagées par une personne pour ses dépenses réelles en prestations de santé.

## **ENFANT À CHARGE**

**Sont considérés comme « Enfants à charge » les enfants :**

- de moins de 18 ans rattachés au foyer fiscal de l'Adhérent ou de son Conjoint, ou pour lequel l'Adhérent ou son Conjoint verse une pension alimentaire (décrétée par jugement) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,

- âgés de 18 à 28 ans poursuivant des études (justifié par un certificat de scolarité) et fiscalement à charge de l'Adhérent ou de son Conjoint; ou pour lequel l'Adhérent ou son Conjoint verse une pension alimentaire (décrétée par un jugement) et fiscalement à charge de l'Adhérent ou de son Conjoint,
- enfants auxquels l'Adhérent verse une pension alimentaire retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global, âgé au plus de 28 ans,
- enfants handicapés de l'Adhérent ou de son Conjoint âgés de moins de 21 ans et pour lesquels est versée l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

L'âge s'entend comme celui au 31/12 de l'année.

## **PARCOURS DE SOINS**

Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation du médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant, il s'agit des gynécologues, ophtalmologues, stomatologues et pour les bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans des psychiatres et neuro psychiatres.

## **PARTENAIRE PACSÉ**

On entend par partenaire PACSÉ la personne liée à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité au jour du sinistre.

## **PARTICIPATION FORFAITAIRE**

En vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 1 euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse,
- et des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 euros par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

## **SINISTRE**

L'événement, la maladie ou l'accident ou la maternité, mettant en jeu la garantie, alors que l'adhésion au Contrat est en vigueur.

## **TICKET MODÉRATEUR**

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

## **TIERS PAYANT**

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.

## 9. ANNEXES

### ANNEXE 1 : NULLITÉ

Sont applicables les articles suivants :

#### Article L.113-8 du Code des assurances

*« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »*

#### Article L.113-9 du Code des assurances

*« L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'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. »*

### ANNEXE 2 : ARTICLES APPLICABLES EN CAS DE NON-PAIEMENT D'UNE PRIME

#### Article L.113-3 du Code des Assurances :

*« La prime est payable au domicile de l'Assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixés par décret en Conseil d'Etat. A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'Assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré. L'Assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.*

*Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'Assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.*

*Lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'Assureur ne peut faire usage des dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la résiliation du contrat. Les dispositions des deuxièmes et avant-derniers alinéas du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »*

**Article L.141-3 du Code des Assurances :**

***« Le souscripteur ne peut exclure un Adhérent du bénéfice du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'Adhérent cesse de payer la prime. L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le souscripteur informe l'Adhérent qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat. Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement par l'assuré. »***



# **CONDITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION**

**CONTRAT COLLECTIF N°FIC20SAN0034**

**LOURMEL SANTÉ INDÉPENDANTS**

**LOURMEL SOLUTIONS ASSURANCES**, Société anonyme d'assurance, au capital de 10 000 000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le N° 852 274 315, dont le siège social est situé 108 rue de Lourmel – 75015 PARIS, a souscrit le contrat collectif **N° FIC20SAN0034**, au profit de ses Assurés ayant le statut de Travailleur Non-Salarié qui ont souscrit un contrat d'assurance complémentaire santé à titre individuel, et auprès de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, 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, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

## 1. CADRE DES GARANTIES

### 1.1 COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

<b>Téléphone</b>	<b>09 69 39 10 60</b> (depuis la France)
	<b>+33 9 69 39 10 60</b> (depuis l'étranger)
<b>Télécopie</b>	<b>09 77 40 17 87</b>
<b>Adresse postale</b>	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
<b>Courriel</b>	assistance.personnes@filassistance.fr

### 1.2 QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s) fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

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

### 1.3 OÙ 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 de l'Adhérent, telle que définie ci-dessous.**

### 1.4 QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES ?

Les garanties du présent Contrat suivent le sort du contrat d'assurance complémentaire de santé à adhésion individuelle de **LOURMEL SOLUTIONS ASSURANCES** auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile, avenant, suspension, résiliation, etc...).

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Évènement à l'origine de la demande d'assistance survient durant la période de validité du présent Contrat.

Les garanties prennent fin:

- en cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire de santé à adhésion individuelle de **LOURMEL SOLUTIONS ASSURANCES**,
- en cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance **N° FIC20SAN0034**.

## 2. GÉNÉRALITES

### 2.1 DÉFINITIONS

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

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

**Adhérent** : toute personne physique, adhérant au Contrat d'assistance N° **FIC20SAN0034** et qui s'engage à acquitter la cotisation émise aux périodes définies.

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

**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.

**Aidant** : l'Adhérent ou son Conjoint qui aide un de ses Proches parents aidé. L'Assuré ou son Conjoint apporte une aide quotidienne à son Proche parent aidé pour les Actes de la vie quotidienne. **Il doit avoir le même Domicile ou visiter quotidiennement son Proche parent aidé à Domicile.**

**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.

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

**Auxiliaire de vie** : intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à **l'exclusion des soins infirmiers**), dans le but de maintenir la personne à son Domicile.

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

**Conjoint** : le conjoint marié à l'Adhérent, 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) à l'Adhérent.

**Contrat** : le Contrat collectif d'assistance N° **FIC20SAN0034**.

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

**Domicile** : le foyer fiscal, le lieu de résidence principale et habituelle mentionné sur le bulletin d'adhésion ou la résidence secondaire.

**Équipe médicale** : médecins de **FILASSISTANCE**.

**Évènement** : toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE**, et notamment la Maladie, l'Accident, le décès, etc.

**France** : France métropolitaine et les Principautés de Monaco et Andorre.

**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 : sauf stipulation contraire**, tout séjour d'une durée **supérieure à 24 heures**, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical.

**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 7 jours** avant son déclenchement.

**Immobilisation** : incapacité temporaire à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son Domicile, consécutive à une Maladie ou un Accident et nécessitant un repos à Domicile, constatée comme telle par une autorité médicale compétente.

**Incapacité temporaire : sauf stipulation contraire**, impossibilité temporaire **d'une durée minimum de 15 jours consécutifs**, d'exercer une activité professionnelle, à la suite d'un Accident.

**Maladie** : toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

**Maladie soudaine** : toute altération soudaine et imprévisible de la santé, non consécutive à une maladie préexistante, constatée par une autorité médicale compétente.

**Pathologies lourdes** : accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins de **FILASSISTANCE**.

**Perte Totale et Irréversible d'Autonomie** : tout Adhérent qui est reconnu, pendant la période de validité des garanties, définitivement incapable de se livrer à toute occupation ou à tout travail lui procurant gain ou profit et dont l'état nécessite en permanence l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie quotidienne.

**Proche parent aidé** : ascendants et descendants du 1<sup>er</sup> degré, Conjoint ou beaux-parents de l'Adhérent, qui seraient dans un état consolidé de dépendance (**à partir de GIR 4 au sens de l'AGGIR**) ou d' Handicap médicalement reconnu.

**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<sup>ère</sup> classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.

**Zone de résidence** : zone couvrant la France métropolitaine et les Principautés de Monaco ou d'Andorre.

## 2.2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

### 2.2.1. 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 doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, 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 **FIC20SAN0034**. 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.

**En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.**

**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.**

**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.**

### 2.2.2 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.

### 2.2.3 AVANCE DE FRAIS

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, **FILASSISTANCE** peut verser au Bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

#### 2.2.3.1. CONDITIONS PRÉALABLES AU VERSEMENT DE L'AVANCE PAR FILASSISTANCE

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

Le Bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à **FILASSISTANCE** un chèque certifié ou un chèque de banque.

#### 2.2.3.2. DÉLAI DE REMBOURSEMENT DE L'AVANCE A FILASSISTANCE

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser à **FILASSISTANCE** la somme avancée par cette dernière dans un **délai de 3 mois à compter de la date de l'avance**.

#### 2.2.3.3. SANCTIONS

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

## 2.2.4 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.

**La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'Équipe médicale de FILASSISTANCE.**

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**.

## 2.2.5 CONDITIONS SPÉCIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS

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

**FILASSISTANCE** s'engage à fournir une réponse **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 Bénéficiaire aura obtenu(s),
- des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

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

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical). **De plus, en cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).**

**Les prestations d'information juridique** dispensées par **FILASSISTANCE** ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, **ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.**

**La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. FILASSISTANCE ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.**

**Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.**

## 3. PRESTATIONS D'ASSISTANCE

**Les prestations d'assistance qui suivent seront octroyées sous les conditions et dans les limites prévues par le tableau de synthèse des garanties (chapitre 5).**

### 3.1 INFORMATIONS JURIDIQUE ET VIE PRATIQUE

#### RENSEIGNEMENTS RÉGLEMENTAIRES

- **Justice / défense / recours** : à qui vous adresser, comment porter plainte, juridictions civiles, juridictions administratives, juridictions pénales, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, etc...
- **Sociétés / commerçants / artisans / affaires** : professions libérales, professions commerciales et industrielles, professions artisanales, sociétés commerciales, TVA et autres taxes, assurances professionnelles, aide-mémoire de formalités, frais d'installation.
- **Assurances sociales / allocations / retraites** : salaires, fonction publique, commerce, artisanat, professions libérales, agriculteurs, prestations familiales, accidents du travail, pension de réversion des salariés, pension de réversion des non-salariés, aide sociale, etc...
- **Impôts / fiscalité** : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC, BNC, BA, plus-values, charges déductibles, calcul de l'impôt, impôts locaux, réclamations, paiements, contrôles, etc...
- **Famille** : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, émancipation des mineurs, union libre, divorce, succession, décès, handicapés, etc...

#### RENSEIGNEMENTS VIE PRATIQUE

- **Habitation / logement** : acquisition, construction, financement, bail, congés, copropriété, vente, achat en viager, résidence secondaire, urbanisme, expropriation, les professionnels et l'immobilier, organismes à consulter, etc...
- **Consommation** : argent et chèques dans la vie quotidienne, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, l'énergie dans la vie quotidienne, automobile, vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) etc...
- **Vacances / loisirs** : Vacances en famille, enfants et adolescents, camping, caravaning, voyages organisés, centres et mouvements de jeunesse, activités de plein air, activités culturelles, loisirs du 3<sup>e</sup> âge, vacances à l'étranger, votre argent en vacances, etc...
- **Formalités / cartes / permis** : état civil, passeport, casiers judiciaires, cartes et permis divers, obligations militaires, déménagements, etc...
- **Les services publics** : EDF/GDF, opérateurs téléphoniques, SNCF, la Mairie, la Préfecture, le Médiateur : pour quels services ? A qui s'adresser ? Comment ?
- **Enseignement / formation** : école maternelle, primaire, secondaire, après le baccalauréat, bourses du second degré, aides financières pour étudiants, téléenseignements, collèges et lycées spéciaux, etc...

#### RENSEIGNEMENTS DIVERS DÉPANNAGE

**FILASSISTANCE** recherche et communique les numéros d'appels téléphoniques :

- des taxis, gares SNCF, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, etc...
- des entreprises de dépannage situées **dans un rayon de 30 Km du Domicile**, telles que : plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie, etc...

Cette prestation se limite à communiquer un ou plusieurs numéros de téléphone. **FILASSISTANCE ne saurait, en aucun cas, recommander une entreprise, ni être responsable de la qualité du travail exécuté par le réparateur ou de la rapidité de son intervention.**

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

## 3.2 PERMANENCE MÉDICALE

**FILASSISTANCE** fournit à l'Adhérent un service d'informations santé portant sur les domaines suivants :

- **prévention** : vaccinations, prévention bucco-dentaire, allergies, diététique, dépistage et prévention des cancers, des maladies cardio-vasculaires...,
- **mode de vie** : facteurs de risques et hygiène de vie (tabac, drogue, alcool, pollution, alimentation)...
- **techniques nouvelles** : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, transplantations et greffes...,
- **données administratives** : aides au maintien à Domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, structures d'accueil médicalisées...,
- **examens médicaux** : information sur la nature des divers examens et analyse (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographie)...
- **coordonnées utiles** : centres de consultation spécialisés, associations de patients, établissements spécialisés (rééducation, désintoxication thermalisme).

Sans se substituer au médecin traitant, **FILASSISTANCE** peut aussi répondre aux questions générales d'ordre médical ou diététique (**à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone**).

**FILASSISTANCE** aide à la recherche, en accord avec le médecin traitant, des centres de cures spécialisés en France correspondants à l'état de santé de l'Adhérent.

## 3.3 RECHERCHE D'UN MÉDECIN, D'UNE INFIRMIÈRE OU D'UN INTERVENANT PARAMÉDICAL

En l'absence de médecin traitant, **FILASSISTANCE** apporte son aide à l'Adhérent pour trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical, au Domicile de l'Adhérent.

**En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible.**

**Les frais de visite sont à la charge de l'Adhérent.**

## 3.4 RÉSERVATION DE LIT ET ACHEMINEMENT EN MILIEU HOSPITALIER

Si le médecin traitant prescrit une Hospitalisation de l'Adhérent, **FILASSISTANCE** l'aide à rechercher un lit en milieu hospitalier le plus proche de son Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve des disponibilités locales et de l'accord du centre d'admission.**

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

Sur prescription médicale, **FILASSISTANCE** recherche également une ambulance et organise le transport de l'Adhérent malade ou blessé jusqu'à son lieu d'Hospitalisation. **Les frais de l'ambulance ou du transport restent à la charge de l'Adhérent.**

Si le retour au Domicile de l'Adhérent doit s'effectuer en ambulance ou VSL, et si l'Adhérent en fait la demande, **FILASSISTANCE** organisera son retour, **sans pour autant prendre en charge les frais d'ambulance ou de VSL.**

### 3.5 TRANSMISSION DES MESSAGES URGENTS

En cas de besoin, **FILASSISTANCE** se charge de transmettre les messages urgents de l'Adhérent ou de son Conjoint à leurs proches.

D'une manière générale la retransmission des messages est subordonnée à :

- une justification de la demande,
- une expression claire et explicite du message à retransmettre,
- une indication précise des noms, prénoms, adresse complète et éventuellement, numéro de téléphone de la personne à contacter.

Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité de l'Adhérent ou de son Conjoint.

### 3.6 GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 16 ANS

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint, restés seuls au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'**une** des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- la garde à Domicile,
- OU l'accompagnement des enfants à l'école,
- OU le transfert accompagné de ces enfants, chez un proche **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**,
- OU la venue d'un proche habitant **dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au Domicile.

### 3.7 GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DÉPENDANTS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT OU DU CONJOINT DÉPENDANT

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou du Conjoint dépendant vivant habituellement au Domicile et restés seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

- la garde à Domicile,
- OU le transfert accompagné de ces personnes, chez un proche **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**,
- OU la venue d'un proche habitant **dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, jusqu'au Domicile.

### 3.8 AIDE À DOMICILE

**FILASSISTANCE** met à disposition et prend en charge une Aide à domicile, **dans les conditions prévues dans le tableau de synthèse ci-dessous.**

**Un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE** avant la mise en œuvre de la prestation garantie.**

**La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de **FILASSISTANCE**.**

### 3.9 GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si personne n'est en mesure de s'occuper des Animaux de compagnie de l'Adhérent, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge (**hors frais de toilettage et frais de soins vétérinaires**) leur garde à l'extérieur ou leur entretien à Domicile, **sous réserve que ceux-ci aient été vaccinés.**

### 3.10 PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

**FILASSISTANCE** organise et prend en charge la venue et les frais d'hébergement d'un proche, **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, afin de lui permettre de se rendre au chevet de la personne désignée dans le tableau de synthèse.

### 3.11 ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS

**FILASSISTANCE** organise l'acheminement des médicaments au Domicile de l'Adhérent, si l'Adhérent ou son Conjoint est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé. **Cette garantie s'applique si l'Adhérent ou son Conjoint ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le simple renouvellement d'ordonnance.**

**FILASSISTANCE** n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans **un rayon maximum de 50 Km autour du Domicile de l'Adhérent**, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

**Le coût du ou des médicaments ainsi que les frais d'acheminement sont pris en charge financièrement par l'Adhérent ou son Conjoint.**

### 3.12 GARDE DE L'ENFANT MALADE OU ACCIDENTÉ

En cas de Maladie soudaine ou d'Accident, obligeant un des enfants **âgés de moins de 16 ans** de l'Adhérent ou de son Conjoint à rester au Domicile et si aucune personne ne peut rester à son chevet, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge la garde à Domicile de l'enfant ou la venue d'un proche jusqu'au Domicile.

**L'appréciation du médecin traitant, certifiant la nécessité de maintien à Domicile pour Maladie soudaine ou Accident, doit être confirmée par l'envoi d'un certificat médical établi avant l'appel préalable de l'Adhérent.**

**La mise à disposition d'un intervenant ne s'applique qu'au-delà du congé pour enfant malade prévu légalement ou conventionnellement.**

### 3.13 ÉCOLE À DOMICILE

**FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'intervention d'un répétiteur scolaire se déplaçant au Domicile de l'Adhérent ou au Domicile d'un proche de l'Adhérent résidant dans sa Zone de résidence, pour lui dispenser des cours, de la classe préparatoire à la classe terminale dans les matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (1<sup>ère</sup> et 2<sup>nde</sup> langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.

**Cette prestation est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, telle que définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs scolaires dans un rayon de 25 Km du Domicile et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires d'été et les jours fériés. En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire.**

**Un certificat médical devra être adressé à l'équipe médicale de FILASSISTANCE avant la mise en œuvre de la prestation garantie, indiquant la durée de l'immobilisation ainsi que la nature de la Maladie ou de l'Accident (si l'enfant subit l'Évènement).**

### 3.14 AIDE AUX DEVOIRS

**FILASSISTANCE** organise et prend en charge un répétiteur scolaire se déplaçant au Domicile de l'Adhérent, pour l'aider à faire ses devoirs.

Cette prestation est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, telle que définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs scolaires dans un rayon de 25 Km du Domicile et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires d'été et les jours fériés. En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire.

### 3.15 MISE A DISPOSITION D'UN SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE

**FILASSISTANCE** met à la disposition de l'Adhérent senior **âgé de 70 ans et plus** un service de Téléassistance (PREVIFIL) **pendant 3 mois** afin de sécuriser son retour au Domicile et sa convalescence.

### 3.16 INFORMATIONS POUR LES PRIMO-PARENTS

**FILASSISTANCE** oriente et informe dans la résolution des problèmes de la vie familiale rencontrés par les primo-parents.

### 3.17 AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE /TECHNICIENNE D'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE (TISF)

**FILASSISTANCE** prend en charge la visite d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale au Domicile de l'Adhérent.

### 3.18 INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION DES OBSÈQUES

**FILASSISTANCE** met à la disposition de l'Adhérent ou de son Conjoint un service d'informations.

Ce service comprend des informations téléphoniques et des renseignements concernant les domaines suivants :

- obsèques civiles ou religieuses,
- prélèvement d'organes,
- don du corps,
- constatation,
- déclaration,
- les papiers à fournir,
- les organismes à prévenir,
- les soins de conservation,
- les cimetières et concessions,
- chambres funéraires,
- transports,
- inhumation,
- coût des obsèques.

### 3.19 PRÉSENCE D'UN PROCHE

**FILASSISTANCE** organise et prend en charge la venue et les frais d'hébergement d'un proche, **habitant dans la Zone de résidence de l'Adhérent**, afin de lui permettre de se rendre auprès de la personne désignée dans le tableau de synthèse.

### 3.20 ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

**FILASSISTANCE** met l'Adhérent et/ou son Conjoint en relation avec l'équipe médico-sociale de **FILASSISTANCE** qui réalisera un bilan de situation du foyer et pourra ensuite l'orienter et l'assister dans les démarches auprès des organismes concernés.

### 3.21 ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

L'Adhérent et/ou son Conjoint peut contacter l'équipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** qui lui assurera une écoute adaptée et/ou l'orientera vers les professionnels assurant une prise en charge psychologique.

### 3.22 ACHEMINEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Si selon la fiche d'aptitude, l'état de santé de l'Adhérent le permet, **FILASSISTANCE** assure son accompagnement de son Domicile à son lieu de travail.

### 3.23 SUIVI DE COURRIER

**FILASSISTANCE** organise et prend charge le portage de documents professionnels au Domicile de l'Adhérent ou au lieu de son Hospitalisation.

### 3.24 AIDE À LA RECHERCHE D'UN REMPLACANT

**FILASSISTANCE** aide l'Adhérent dans ses recherches d'un intérimaire pouvant le remplacer (diffusion d'annonces, mise en relation avec des cabinets de recrutement spécialisés etc.).

**Les frais engagés pour cette recherche sont à la charge de l'Adhérent.**

### 3.25 ASSISTANCE JURIDIQUE ET FISCALE

- **Aide à la recherche de cabinets de recrutements.**
- **Aide à la recherche d'organismes de formations.**
- **Aide à la recherche de structures de conseils pour les héritiers de l'entreprise** : administrateurs judiciaires, consultants, cabinets d'expertise comptable, organismes juridiques spécialisés, organismes mettant en relations les héritiers et les repreneurs d'entreprises (chambres de commerce, etc...).
- **Aide à la recherche d'experts** : experts comptables, administrateurs, etc...
- **Recherche d'organismes compétents pour aider l'entreprise à sauvegarder son image à l'extérieur** : partenaires, clients, médias, etc...
- **Assistance téléphonique** concernant la résolution des questions administratives et juridiques dans le cadre du rachat des parts de l'Homme-Clé.

**Les frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire.**

### 3.26 AVANCE DE FONDS

**FILASSISTANCE** peut procéder à une avance à **concurrence de la limite mentionnée dans le tableau de synthèse ci-dessous et contre remise d'un chèque de caution.**

Il est expressément convenu que le remboursement de ces frais devra être réalisé **selon les conditions indiquées par l'article B.2.3.**

### 3.27 INFORMATIONS, DÉMARCHES ET AIDE À LA CONSTITUTION DE DOSSIERS

**FILASSISTANCE** réalise, à la demande de l'Aidant ou d'un proche de l'Adhérent ou Conjoint dépendant ou handicapé, un entretien téléphonique au sujet de la Dépendance ou du Handicap avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider le proche ou l'Adhérent/Conjoint dépendant ou handicapé.

**FILASSISTANCE** communique les informations dont l'Aidant ou le proche de l'Adhérent/Conjoint dépendant ou handicapé pourrait avoir besoin notamment sur les droits et démarches à effectuer.

**FILASSISTANCE** aide également l'Aidant ou le proche de l'Adhérent ou Conjoint dépendant ou handicapé à constituer le dossier de prise en charge lié à la Dépendance ou au Handicap, en lui indiquant les pièces justificatives et les bilans à transmettre pour obtenir une prise en charge publique ou privée.

Si l'Aidant ou le proche de l'Adhérent/Conjoint dépendant ou handicapé le souhaite, **FILASSISTANCE** le met en relation avec les organismes concernés.

**Les frais engagés auprès de ces organismes sont à la charge de l'Aidant ou de l'Adhérent/Conjoint dépendant ou handicapé.**

### 3.28 PRISE EN CHARGE TEMPORAIRE DU PROCHE PARENT AIDÉ

Lorsque l'Aidant doit s'absenter, **FILASSISTANCE** recherche et réalise à sa demande un entretien téléphonique au sujet du Proche parent aidé dont il s'occupe avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider son Proche parent aidé.

**FILASSISTANCE** informera l'Aidant sur les différentes modalités de règlement des prestataires de services (paiement direct auprès de prestataires agréées pour bénéficier d'avantages fiscaux, avec ou sans chèque emploi-service universel,...).

À partir de cet échange téléphonique avec l'Aidant, **FILASSISTANCE** établit un plan d'aide à Domicile et organise des services au Domicile de son Proche parent aidé (livraison de repas, de courses, de médicaments, aide-ménagère,...).

**Les frais liés aux prestations mises en place pour le Proche parent aidé sont à la charge de l'Aidant.**

### 3.29 AUXILIAIRE DE VIE

**FILASSISTANCE** met à disposition et prend en charge une Auxiliaire de vie, **dans les conditions prévues dans le tableau de synthèse ci-dessous.**

**Un certificat médical devra être adressé à FILASSISTANCE avant la mise en œuvre de la prestation garantie.**

**La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de l'Aidant et de son Proche parent aidé, par le service médical de FILASSISTANCE.**

### 3.30 RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉPENDANCE

**FILASSISTANCE** communique à l'Adhérent, son Conjoint ou à l'un de leurs proches toutes les informations nécessaires dans le cadre de la survenance de la Dépendance de l'Adhérent ou de son Conjoint, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, **FILASSISTANCE** met en contact la famille l'Adhérent, son Conjoint ou l'un de leurs proches avec les organismes concernés.

### 3.31 AMÉNAGEMENT DU DOMICILE DE L'ADHÉRENT OU DU CONJOINT DÉPENDANT

**FILASSISTANCE** organise l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement de l'Adhérent ou du Conjoint dépendant.

Il est à la disposition de l'Adhérent ou du Conjoint 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 spécialisés et associations.

**Les frais liés à l'intervention du spécialiste sont à la charge de l'Adhérent ou du Conjoint dépendant.**

### 3.32 AIDE À LA RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX TEMPORAIRES OU PERMANENTS POUR L'ADHÉRENT OU LE CONJOINT DÉPENDANT

**FILASSISTANCE** recherche et indique au proche de l'Adhérent ou du Conjoint dépendant les établissements médicaux spécialisés qui peuvent le recevoir de façon temporaire ou permanente, **sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.**

Si le proche de l'Adhérent ou du Conjoint dépendant le souhaite, **FILASSISTANCE** réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.**

**Le coût du lit est à la charge de l'Adhérent ou du Conjoint dépendant.**

### 3.33 AIDE À LA SOUSCRIPTION D'UN SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE

A sa demande, **FILASSISTANCE** fait profiter l'Aidant ou l'Adhérent/Conjoint dépendant de conditions préférentielles pour souscrire à un service de Téléassistance (PREVIFIL) : prise en charge des **frais de mise en service et des 3 premiers mois d'abonnement.**

### 3.34 AIDE A LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE FINANCEMENT DU SERVICE DE TELEASSISTANCE

A la demande de l'Aidant ou de l'Adhérent/Conjoint dépendant, une assistante sociale de **FILASSISTANCE** pourra réaliser une évaluation de sa situation et l'aider dans les démarches à entreprendre auprès des organismes susceptibles de participer au financement de son service de Téléassistance (Conseil Général, Caisse de Retraite, Mairie ...).

### 3.35 LES SERVICES D'ASSISTANCE « À LA CARTE » (ACCÈS AUX SERVICES À LA PERSONNE ET AUX SERVICES DIVERS)

Ces services sont accessibles à tout moment. **FILASSISTANCE** aide l'Adhérent ou Conjoint dépendant dans la recherche des prestataires et se charge de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales** :

- 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,

**FILASSISTANCE** indique à l'Adhérent ou Conjoint dépendant quels sont les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

## 4. CADRE RÉGLEMENTAIRE

### 4.1 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** :

- des frais engagés sans l'accord préalable de **FILASSISTANCE**,
- des états de grossesse et leurs complications (à l'exception des séjours en maternité pour grossesse pathologique supérieure à 8 jours),
- du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire,
- des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire,
- des états résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par l'article R234-1, I 1° du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement,
- 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,
- des cataclysmes naturels,
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique,
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir,
- de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un 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 de l'Adhérent survenu au cours de la 1<sup>ère</sup> année suivant l'adhésion,
- d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.

### 4.2 SUBROGATION

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

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

### 4.3 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) 2016/679 du 27 avril 2016 et à la Loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE**, responsable de traitement, et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et

contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de **FILASSISTANCE**, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données de l'Adhérent seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

L'Adhérent dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous réserve des dispositions réglementaires, l'Adhérent peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, l'opposition ou le refus pourrait empêcher l'exécution des présentes garanties.

L'Adhérent peut exercer ces différents droits en se rendant sur [www.filassistance.fr](http://www.filassistance.fr) ou en contactant directement le service DPD par courrier (FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel ([dpo@filassistance.fr](mailto:dpo@filassistance.fr)).

L'Adhérent peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

L'Adhérent pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, l'Adhérent a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

## 4.4 RESPONSABILITÉ

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

**FILASSISTANCE** est seule responsable vis-à-vis de l'Adhérent, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, **FILASSISTANCE** sera responsable des dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard de l'Adhérent, 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 de l'Adhérent.

**En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).**

## 4.5 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

**FILASSISTANCE** est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

## 4.6 RÉCLAMATIONS

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- par courrier à l'adresse suivante : **FILASSISTANCE** - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- par mail à [qualite@filassistance.fr](mailto:qualite@filassistance.fr),
- sur le site internet [www.filassistance.fr](http://www.filassistance.fr) via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

**FILASSISTANCE** adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée à l'Adhérent dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont l'Adhérent sera informé.

Si le désaccord persiste, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra soit saisir les tribunaux compétents, soit saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance en adressant sa demande :

- par courrier à l'adresse suivante : **Médiation de l'Assurance** TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- sur le site internet [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org).

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans 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 pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

## 4.7 PRESCRIPTION

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

### DELAI DE PRESCRIPTION

#### Article L.114-1 :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

## **CAUSES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION**

### **Article L.114-2 :**

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

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

## **CARACTÈRE D'ORDRE PUBLIC DE LA PRESCRIPTION**

### **Article L.114-3 :**

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

## **4.8 CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION**

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

### **RECONNAISSANCE PAR LE DÉBITEUR DU DROIT DE CELUI CONTRE LEQUEL IL PRESCRIVAIT**

#### **Article 2240 du Code civil**

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

### **DEMANDE EN JUSTICE**

#### **Article 2241 du Code civil**

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

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

#### **Article 2242 du Code civil**

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

#### **Article 2243 du Code civil**

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

### **MESURE CONSERVATOIRE ET ACTE D'EXÉCUTION FORCÉE**

#### **Article 2244 du Code civil**

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

Etendue de la prescription quant aux personnes

### **Article 2245 du Code civil**

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

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

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

### **Article 2246 du Code civil**

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

Causes de report et de suspension de la prescription

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

### **Article 2233 du Code civil**

La prescription ne court pas :

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

### **Article 2234 du Code civil**

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

### **Article 2235 du Code civil**

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

### **Article 2236 du Code civil**

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

### **Article 2237 du Code civil**

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

### **Article 2238 du Code civil**

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du

débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

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

#### **Article 2239 du Code civil**

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

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

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

#### **Saisine du médiateur**

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

## **4.9 FAUSSE DÉCLARATION**

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.

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

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article 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.

## **4.10 LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE**

La présente Notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente Notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

## 5. TABLEAU DE SYNTHÈSE

PRESTATIONS ACCESSIBLES A L'ADHÉRENT DES SON ADHÉSION	
Assistance informations	Informations téléphoniques du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours fériés)
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Permanence médicale	Informations téléphoniques
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT AU DOMICILE DE L'ADHÉRENT	
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Mise en relation <b>sans prise en charge</b>
Réservation de lit et acheminement en milieu hospitalier	Organisation <b>sans prise en charge</b>
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 24 HEURES DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Transmission des messages urgents	<b>7j/7 et 24H/24</b>
<b>Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans</b> (à mettre en place <i>pendant la période d'Hospitalisation ou pendant les 30 jours qui suivent la fin d'Hospitalisation</i> )	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garde au Domicile</li> </ul>	<b>30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Accompagnement des enfants à l'école</li> </ul>	<b>1 A/R par jour pendant 5 jours</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Transfert accompagné des enfants chez un proche</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>
<b>Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou de son Conjoint dépendant</b> (à mettre en place <i>pendant la période d'Hospitalisation ou pendant les 30 jours qui suivent la fin d'Hospitalisation</i> )	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garde au Domicile</li> </ul>	<b>30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Transfert des ascendants ou du Conjoint chez un proche</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>

## PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 48 HEURES DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

<b>Aide à domicile</b>	<b>20 heures maximum réparties sur 15 jours consécutifs</b> <i>(mise en place de la prestation pendant l'Hospitalisation ou suivant la date de retour au Domicile)</i>
<b>Garde des animaux de compagnie</b>	<b>30 jours maximum</b>
<b>Présence d'un proche au chevet</b> <i>(si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside à moins de 50 Km du lieu d'Hospitalisation de l'Adhérent ou de son Conjoint)</i>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b> <b>2 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 160 € TTC</b>
<b>École à Domicile</b> <i>(Si l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint est hébergé chez un proche)</i>	<b>3 heures maximum par jour pendant 2 semaines maximum par Evènement</b>
<b>Aide aux devoirs</b>	<b>6 heures maximum par Evènement réparties sur 2 semaines</b>
<b>Mise à disposition d'un service de Téléassistance</b> <i>(En cas d'Hospitalisation de plus de 15 jours d'un Adhérent âgé de 70 ans et plus ou d'un séjour hospitalier d'un Adhérent âgé de 75 ans et plus)</i>	<b>Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service (Prévifil)</b>

## PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE A 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

<b>Transmission des messages urgents</b>	<b>7j/7 et 24H/24</b>
<b>Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans</b> <i>(à mettre en place pendant les 30 jours qui suivent le début d'Immobilisation)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garde au Domicile</li> </ul>	<b>30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Accompagnement des enfants à l'école</li> </ul>	<b>1 A/R par jour pendant 5 jours</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Transfert accompagné des enfants chez un proche</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>
<b>Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou de son Conjoint dépendant</b> <i>(à mettre en place pendant les 30 jours qui suivent le début d'Immobilisation)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garde au Domicile</li> </ul>	<b>30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Transfert des ascendants ou du Conjoint chez un proche</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>

<b>Présence d'un proche au chevet</b> (si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside à moins de 50 Km du Domicile de l'Adhérent)	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement 2 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 160 € TTC</b>
<b>Garde des Animaux de compagnie</b>	<b>30 jours maximum</b>
<b>Aide à domicile</b>	<b>20 heures maximum réparties sur 15 jours consécutifs</b> (mise en place de la prestation pendant l'Immobilisation)
<b>Acheminement des médicaments</b>	Organisation <b>sans prise en charge</b>
<b>Aide aux devoirs</b>	<b>6 heures maximum par Évènement réparties sur 2 semaines</b>
<b>PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE RADIOTHÉRAPIE, CHIMIOTHÉRAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE D'UN BÉNÉFICIAIRE</b>	
<b>Aide à domicile</b>	<b>30 heures maximum sur la durée du traitement dans la limite de 4 heures dans les 48 heures suivant chaque séance</b> <b>En tout état de cause, le plafond demeure de 30 heures maximum en cas de traitement associant radiothérapie, chimiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie pour un même Évènement</b>
<b>PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 5 JOURS CONSECUTIVE À LA SURVENANCE OU A L'AGGRAVATION D'UNE PATHOLOGIE LOURDE D'UN BENEFICIAIRE</b>	
<b>Aide à domicile</b>	<b>30 heures maximum par Évènement réparties sur 2 mois</b> (mise en place de la prestation pendant l'Hospitalisation ou suivant la date de retour au Domicile)
<b>ASSISTANCE AUX ENFANTS</b>	
<b>Présence d'un proche au chevet</b> (si l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint âgé de moins de 16 ans est hospitalisé à plus de 50 Km de son Domicile)	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement 7 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 560 € TTC</b>
<b>Garde de l'enfant malade ou accidenté âgé de moins de 16 ans</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garde au Domicile</li> </ul>	<b>30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>
<b>École à domicile</b> (si l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint est immobilisé pour une <b>durée supérieure à 15 jours</b> suite à une Maladie soudaine ou suite à un Accident)	<b>3 heures maximum/jour pendant 5 semaines maximum</b> (mise en place de la prestation pendant l'Immobilisation et ce dès le 1 <sup>er</sup> jour de l'Immobilisation de l'enfant)

**PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 24 HEURES OU D'UNE IMMOBILISATION A DOMICILE SUPÉRIEURE A 48 HEURES SUITE A UN ACCIDENT OU A UNE MALADIE SOUDAINE DE LA PERSONNE SALARIÉE EN CHARGE DE LA GARDE DES ENFANTS**

**Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garde au Domicile</li> </ul>	<b>30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs suivant le début de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Transfert accompagné des enfants chez un proche</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>

**ASSISTANCE AUX SÉNIORS DE 70 ANS ET PLUS**

<b>Présence d'un proche au chevet</b> <i>(si l'Adhérent est hospitalisé pour une durée supérieure à 15 jours et à plus de 50 Km de son Domicile)</i>	<b>2 Titres de transport A/R 4 nuits (frais de nourriture compris) dans la limite de 320 € TTC</b> <i>(mise en place de la prestation pendant l'Hospitalisation de l'Adhérent ou lors de son retour au Domicile)</i>
<b>Mise à disposition d'un service de Téléassistance</b> <i>(En cas d'Hospitalisation de plus de 15 jours d'un Adhérent âgé de 70 ans et plus ou d'un séjour hospitalier d'un Adhérent âgé de 75 ans et plus)</i>	<b>Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service</b> (Prévifil)
<b>Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de téléassistance</b>	Informations téléphoniques

**PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MATERNITÉ**

<b>Informations pour les primo-parents</b>	Informations téléphoniques
<b>Auxiliaire de Puériculture/Technicienne d'intervention sociale et familiale</b> <i>(en cas de 1<sup>ère</sup> maternité ou de naissance multiple)</i>	<b>2 heures</b> au cours de la semaine faisant suite au retour au Domicile
<b>Aide à domicile</b> <i>(en cas de séjour supérieur à 5 jours en maternité OU de naissance multiple)</i>	<b>20 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs suivant le retour de l'Adhérent ou de son Conjoint au Domicile</b>

**Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans** *(en cas de séjour en maternité supérieur à 8 jours)*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garde au Domicile</li> </ul>	<b>30 heures maximum réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs suivant la date de début en séjour de maternité ou à compter de la date de retour au Domicile</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Accompagnement des enfants à l'école</li> </ul>	<b>1 A/R par jour pendant 5 jours</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Transfert accompagné des enfants chez un proche</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>

## PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Avance de fonds	3050 € maximum
Transmission des messages urgents	7j/7 et 24H/24
Informations sur l'organisation des obsèques	Informations téléphoniques
<b>Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Garde au Domicile</li> </ul>	<b>30 heures maximum réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le décès de l'Adhérent ou de son Conjoint</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>OU Accompagnement des enfants à l'école</li> </ul>	<b>1 A/R par jour pendant 5 jours</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>OU Transfert accompagné des enfants chez un proche</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>
<b>Garde ou transfert des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint ou de son Conjoint dépendant</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Garde au Domicile de l'Adhérent</li> </ul>	<b>30 heures maximum réparties sur les 30 jours ouvrés consécutifs suivant le décès de l'Adhérent ou de son Conjoint</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>OU Transfert des ascendants ou du Conjoint chez un proche</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>OU Venue d'un proche jusqu'au Domicile</li> </ul>	<b>1 Titre de transport A/R par Evènement</b>
<b>Présence d'un proche</b>	<b>1 Titre de transport A/R 2 nuits (frais de nourriture compris) dans la limite 160 € TTC</b>
<b>Garde des Animaux de compagnie</b>	<b>30 jours maximum suivant la date du décès de l'Adhérent ou de son Conjoint</b>
<b>Aide à domicile</b>	<b>20 heures maximum réparties sur les 15 jours consécutifs suivant la date du décès de l'Adhérent ou de son Conjoint</b>

## PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT, DE MALADIE OU DE DÉCÈS D'UN PROCHE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

<b>Accompagnement médico-social</b>	Entretiens téléphonique
<b>Accompagnement psychologique</b>	<b>3 entretiens téléphoniques maximum</b> et/ou mise en relation avec un psychologue de ville. Prise en charge ou remboursement des frais de la 1 <sup>ère</sup> consultation avec un psychologue de ville, <b>dans la limite de 70 € TTC maximum.</b>

## PRESTATIONS ACCESSIBLES A L'ADHÉRENT TNS OU HOMME CLÉ

### En cas d'Incapacité temporaire de l'Adhérent supérieure à 15 jours

Acheminement sur le lieu de travail

**10 aller/retour dans la limite de 500 € TTC par Evènement**

Suivi du courrier (en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation supérieures à 15 jours)

**Portage des plis et documents professionnels urgents au Domicile ou à l'hôpital**

### En cas de trouble psychologique lié à l'activité professionnelle de l'Adhérent

Accompagnement psychologique

**3 entretiens téléphoniques maximum** et/ou mise en relation avec un psychologue de ville.  
Prise en charge ou remboursement des frais de la 1<sup>ère</sup> consultation avec un psychologue de ville, **dans la limite de 70 € TTC maximum.**

### En cas d'Incapacité temporaire de l'Adhérent supérieure à 45 jours

Aide à la recherche d'un remplaçant

Mise en relation

### En cas de décès ou de Perte totale et Irréversible d'autonomie de l'Adhérent

Assistance juridique et fiscale (pour le Conjoint ou les enfants de l'Adhérent)

Mise en relation

Avance de fonds

**3 000 € TTC maximum**

## AIDE AUX AIDANTS

Informations, démarches et aide à la constitution de dossiers

Informations téléphoniques

Accompagnement psychologique

**3 entretiens téléphoniques maximum** et/ou mise en relation avec un psychologue de ville.  
Prise en charge ou remboursement des frais de la 1<sup>ère</sup> consultation avec un psychologue de ville, **dans la limite de 70 € TTC maximum.**

Prise en charge temporaire du Proche parent aidé

Mise en relation

Auxiliaire de vie (en cas d'Hospitalisation supérieure à 24 heures ou d'Immobilisation supérieure à 48 heures suite à un Accident ou à une Maladie soudaine de l'Aidant)

**10 heures maximum par jour/pendant 3 jours maximum**

Aide à la souscription d'un service de Téléassistance

**Abonnement à conditions privilégiées : Prise en charge des frais de mise en service + prise en charge de 3 mois de service (Prévifil)**

Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de Téléassistance

Informations téléphoniques

## PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉPENDANCE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

<b>Renseignements sur la dépendance</b>	Entretiens téléphoniques / mise en relation
<b>Informations, démarches et aide à la constitution de dossier</b>	Informations téléphoniques
<b>Aménagement du Domicile de l'Adhérent ou du Conjoint dépendant</b>	Organisation sans prise en charge
<b>Aide à la recherche d'établissements temporaires ou permanents pour l'Adhérent ou Conjoint dépendant</b>	Entretiens téléphoniques
<b>Aide à la souscription d'un service de Téléassistance</b>	<b>Abonnement à conditions privilégiées : Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service offerts (Prévifil)</b>
<b>Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de Téléassistance</b>	Informations téléphoniques
<b>Les services d'assistance « à la carte » (accès aux services à la personne et aux services divers)</b>	Mise en relation



FILASSISTANCE  
INTERNATIONAL  
Société Anonyme au capital de  
4 100 000 €  
433 012 689 RCS NANTERRE  
Siège social : 108 Bureaux de  
la Colline,  
92213 SAINT-CLOUD Cedex  
Entreprise régie par le Code  
des Assurances