

PREFON DEPENDANCE

CONDITIONS GÉNÉRALES des garanties d'assurances
Contrat individuel d'assurance dépendance assuré auprès de CNP Assurances

&

CONDITIONS GÉNÉRALES des garanties d'assistance
valant notice d'information

Les garanties d'assistance sont fournies par FILASSISTANCE

PREFON DEPENDANCE

CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrat individuel d'assurance dépendance souscrit auprès de CNP Assurances.
Contrat régi par le Code des assurances, il relève des branches 1 (Accidents) et 2 (Maladie)
de l'article R 321-1 du même code.

SOMMAIRE

TITRE I : SOUSCRIPTION	p 5
Article 1 - Objet du contrat	p 5
Article 2 - Informations précontractuelles spécifiques en cas de souscription à distance	p 5
Article 3 - Définitions	p 5
Article 4 - Conditions de souscription	p 5
Article 5 - Date de conclusion et durée du contrat	p 6
TITRE II : GARANTIES D'ASSURANCE	p 6
Article 6 - Définition de la dépendance	p 6
Article 7 - Prise d'effet des garanties et délais d'attente	p 8
Article 8 - Contenu des garanties principales d'assurance	p 8
Article 9 - Contenu de la garantie complémentaire optionnelle d'assurance : garantie « Aménagement »	p 9
Article 10 - Risques exclus	p 9
TITRE III : VIE DU CONTRAT	p 10
Article 11 - Modifications possibles des garanties	p 10
Article 12 - Évolution des garanties et des prestations	p 11
Article 13 - Montant de la prime	p 11
Article 14 - Modalités de paiement des primes	p 11
Article 15 - Indexation des primes	p 11
Article 16 - Révision des primes	p 12
Article 17 - Fin du contrat	p 12
Article 18 - Droits du souscripteur	p 12
Article 19 - Lutte anti-blanchiment	p 13
Article 20 - Démarches à accomplir pour la mise en œuvre des prestations d'assurance	p 13
Article 21 - Versement des prestations	p 14
TITRE IV : TARIFS	p 16
Tarifs annuels	p 16
Tarifs mensuels	p 18

TITRE I : SOUSCRIPTION

1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat PREFON DEPENDANCE a pour objet de garantir à l'assuré le versement :

- d'une rente mensuelle en cas de DÉPENDANCE TOTALE relevant du groupe GIR 1 ou GIR 2 de la grille AGGIR dans les conditions de reconnaissance définies dans les présentes conditions générales à l'article 6.1 - Définition de la dépendance TOTALE,
- d'une rente mensuelle en cas de DÉPENDANCE PARTIELLE relevant du groupe GIR 3 de la grille AGGIR dans les conditions de reconnaissance définies dans les présentes conditions générales à l'article 6.2 - Définition de la dépendance PARTIELLE,
- d'une rente annuelle en cas de DÉPENDANCE LÉGÈRE dans les conditions de reconnaissance définies dans les présentes conditions générales à l'article 6.3 Définition de la dépendance LÉGÈRE,
- d'un capital « FRACTURE » dans les conditions de reconnaissance définies dans les présentes conditions générales à l'article 8.2 - Garantie « FRACTURE ».

Ces garanties principales peuvent être complétées d'une garantie complémentaire optionnelle qui prévoit le versement d'un capital « AMÉNAGEMENT », versé dès la reconnaissance de la dépendance (article 9 des présentes conditions générales) et sous réserve de l'application du délai d'attente.

Le contrat PREFON DEPENDANCE permet à l'assuré et à ses proches de bénéficier également de prestations d'assistance mises en oeuvre par Filassistance International.

2 - INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES EN CAS DE SOUSCRIPTION À DISTANCE

Le contrat individuel d'assurance PREFON DEPENDANCE est assuré auprès de :

CNP Assurances - Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - RCS Paris 341 737 062 - Entreprise d'assurance-vie, entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 4 Place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

- CNP Assurances est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.
- Les prestations d'assistance sont fournies par Filassistance International - 108 bureau de la colline - 92213 Saint-Cloud Cedex - 433 012 689 RCS Nanterre.
- le contrat est conclu pour une durée d'un an et se proroge ensuite sans formalités particulières, sous réserve du paiement des primes.
- La souscription du contrat PREFON DEPENDANCE s'effectue selon les modalités décrites à l'article 4 - Conditions de souscription des présentes conditions générales.
- Le montant de la prime est indiqué au titre V des présentes conditions générales. La prime d'assurance est exigible dès la conclusion du contrat et est prélevée selon les stipulations de l'article 14 - Modalités de paiement des primes - des présentes conditions générales.

Les garanties d'assurance et exclusions du contrat PREFON DEPENDANCE sont mentionnées aux articles 8 - Contenu des garanties principales d'assurance, 9 - Contenu de la garantie complémentaire optionnelle d'assurance : garantie « Aménagement » et 10 - Risques exclus - des présentes conditions générales. Les garanties et exclusions de la garantie d'assistance sont mentionnées aux articles 23, 24, 25, 26, 27 et 28 - des présentes conditions générales.

- L'offre contractuelle définie dans les conditions générales du contrat PREFON DEPENDANCE est valable jusqu'à la date indiquée sur le courrier d'accompagnement joint.
- Les frais afférents à la vente à distance - coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents contractuels par le souscripteur sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

- Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation, sont prévues à l'article 18.2 des présentes conditions générales.

En contrepartie de la prise d'effet de certaines garanties à la date de conclusion du contrat, il est demandé le paiement d'une première prime calculée au prorata temporis à compter de la date de conclusion du contrat.

Les relations précontractuelles et contractuelles avec CNP Assurances et Filassistance International sont régies par le droit français.

CNP Assurances et Filassistance International s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 18.5 - Réclamation - Médiation des conditions générales.
- Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (article L 423-1 du Code des assurances).
- L'Assuré a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui lui permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels il n'a pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

3 - DÉFINITIONS

CONJOINT

On entend par conjoint la personne unie à l'assuré par le mariage, non divorcée (justifié par une copie du livret de famille).

CONCUBIN

Personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code Civil).

PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ (PACS)

Est seule reconnue à ce titre la personne avec laquelle l'assuré a conclu un Pacte civil de solidarité (PACS). Il s'agit d'un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

4 - CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

Les personnes physiques, résidant fiscalement en France peuvent souscrire PREFON DEPENDANCE.

L'assurance repose sur la tête de l'assuré, qui doit être âgé de 18 ans au moins et ne pas avoir atteint son 75^e anniversaire au jour de la souscription, l'âge de l'assuré étant apprécié selon son âge effectif atteint.

Le souscripteur et l'assuré peuvent être une seule et même personne ou, être deux personnes différentes.

Le souscripteur est la personne qui formule la demande de souscription au contrat et qui prend en charge le paiement des primes. De fait, il doit renseigner et signer la demande de souscription ainsi que l'autorisation de prélèvement permettant de procéder au règlement des primes par prélèvement automatique.

L'assuré est la personne sur la tête de laquelle repose l'assurance. Il doit, pour sa part, remplir les formalités de souscription en signant une déclaration d'état de santé ou, selon le cas en renseignant un questionnaire de santé, l'un de ces deux documents devant obligatoirement être joint à la demande de souscription :

- La déclaration d'état de santé doit être renseignée et signée par la personne à assurer, âgée de moins de 65 ans et si son état de santé le permet,
- Le questionnaire de santé doit être renseigné et signé par la personne à assurer :
- **âgée de 65 ans ou plus,**
- **ou âgée de moins de 65 ans mais qui n'a pas pu signer la déclaration d'état de santé en raison de son état de santé.**

Dans ces deux derniers cas, la souscription est subordonnée à une appréciation du risque effectuée par CNP Assurances.

Avant toute décision, CNP Assurances peut demander la production de tout document complémentaire concernant l'état de santé de l'assuré.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat, conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances, qui s'applique dans tous les cas, quelle que soit la garantie mise en jeu.

Il ne peut être conclu qu'un seul contrat sur la tête d'un même assuré.

5 - DATE DE CONCLUSION ET DURÉE DU CONTRAT

Le contrat est conclu, sous réserve de l'encaissement de la première prime et de la réception du dossier complet :

- Lorsque l'assuré a signé la déclaration d'état de santé :
- soit à la date de signature de la demande de souscription lorsque le contrat est souscrit en face-à-face ;
- soit à la date de la réception par CNP Assurances, de la demande de souscription signée par le souscripteur le cachet de La Poste faisant foi, lorsque le contrat est souscrit à distance.
- Lorsque l'assuré a rempli le questionnaire de santé, au jour de la notification au souscripteur de l'acceptation du risque par CNP Assurances.

La date de conclusion du contrat retenue est mentionnée sur les conditions particulières qui sont adressées par la suite au souscripteur ainsi qu'à l'assuré lorsque celui-ci est une personne distincte du souscripteur.

Dans tous les cas, une photocopie recto/verso, datée et signée, de la pièce d'identité en cours de validité du souscripteur et, le cas échéant, de l'assuré, doit être jointe à la demande de souscription.

Le contrat PREFON DÉPENDANCE est conclu pour une période allant de la date mentionnée sur les conditions particulières jusqu'au dernier jour du mois qui précède la date anniversaire de sa conclusion. Elle se proroge ensuite par tacite reconduction pour des périodes annuelles, sous réserve du paiement des primes. Il peut y être mis fin dans les conditions définies dans les présentes conditions générales à l'article 17 - Fin du contrat.

TITRE II : GARANTIES D'ASSURANCE

6 - DÉFINITION DE LA DÉPENDANCE

Est reconnu dépendant, par CNP Assurances, l'assuré dont l'état de santé est stabilisé (non-susceptible d'amélioration) et qui se trouve dans un des états de dépendance définis ci-après :

6.1 - Définition de la DÉPENDANCE TOTALE

L'état de dépendance totale est défini par référence aux Groupes Iso-Ressources 1 ou 2 (GIR 1 ou GIR 2) de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources), en vigueur au jour de la date de conclusion du contrat.

Le groupe 1 (GIR 1) correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le groupe 2 (GIR 2) comprend deux groupes de personnes :

- Les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
- Les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leur capacité à se déplacer (souvent dénommées les « déments déambulants »).

6.2 - Définition de la DÉPENDANCE PARTIELLE

L'état de dépendance partielle est défini par référence au Groupe Iso-Ressources 3 (GIR 3) de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso - Ressources), en vigueur au jour de la signature de la demande de souscription.

Le groupe 3 (GIR 3) correspond aux personnes ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assure pas seule l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

6.3 - Définition de la DÉPENDANCE LÉGÈRE

L'état de dépendance légère correspond à un déficit fonctionnel entraînant un début de dépendance :

- dont l'origine est une pathologie listée dans le tableau ci-dessous et diagnostiquée et traitée (médicalement ou chirurgicalement) depuis au moins 6 mois,
- nécessitant, pour être compensé, une aide matérielle ou un service, en vue de soutenir l'assuré dans le maintien d'une autonomie pour la vie quotidienne,
- dans les conditions de reconnaissance définies ci-après (critères diagnostiques généraux et spécifiques à chaque pathologie).

Conditions de reconnaissance de la dépendance légère:

– Critères diagnostiques généraux :

- La pathologie et le traitement sont objectivés par une consultation spécialisée, une ordonnance délivrée pour un traitement spécifique, des comptes-rendus d'hospitalisation, d'examens médicaux et paramédicaux portant diagnostic d'une des pathologies listées et précisant les dates et nature des traitements prescrits.
- La nature des pièces demandées pour vérifier le diagnostic et le stade d'évolution de la pathologie pourra le cas échéant évoluer en fonction des données scientifiques en vigueur au moment de la demande et reconnues sur le plan national.

– Critères diagnostiques spécifiques à chaque pathologie :

Liste des pathologies		Critères diagnostiques spécifiques à chaque pathologie
Maladie d'Alzheimer		Démence sénile précoce avec un résultat à au moins 2 tests Mini Mental State Examinations de Folstein (MMS) inférieur à 20/30
Maladies neurologiques	Maladie de Parkinson ou Sclérose en Plaques (affection dégénérative démyélinisante) ou Sclérose Latérale Amyotrophique	Avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - atteinte neurologique bilatérale - troubles de la marche, de la préhension, ou de la mobilité - déficience du langage et/ou de la parole entravant la communication - atteinte motrice bilatérale des nerfs crâniens - troubles de la déglutition pour des aliments semi-liquides - paralysie complète de la langue - déficit sensitif rendant dangereuse la vie quotidienne
Séquelles d'Accident Vasculaire Cérébral	Hémiplégie ou monoplégie, ou autre trouble neurologique séquellaire	Avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - déficience du langage et/ou de la parole entravant la communication dans la vie quotidienne - troubles de la marche à plat, pour plus de 200 m et/ou de la montée de 2 étages - perte de la préhension, et/ou de la prono-supination du membre dominant - perte de mobilité du membre supérieur au niveau de l'épaule, bras ballant - syndromes pseudo-bulbaires et/ou cérébelleux - troubles de l'équilibre avec appuis indispensables à la marche

Liste des pathologies		Critères diagnostiques spécifiques à chaque pathologie
Rhumatismes inflammatoires	Polyarthrite Rhumatoïde ou Spondylarthrite Ankylosante	Avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - déficit locomoteur bilatéral et persistant - complication systémique ou extra articulaire avec gêne fonctionnelle
Arthroses	Coxarthrose ou gonarthrose ou arthrose rachidienne	Avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - raideur de la hanche avec ankylose - limitation des mouvements de la hanche avec attitude vicieuse - ankylose du genou avec flexion inférieure à 60° - syndrome radiculaire C5, C6, C7 ou C8 avec un déficit locomoteur - paralysie du nerf radial ou médian - paralysie totale du nerf crural ou sciatique
Troubles visuels	DMLA ou rétinopathies ou cécité	Avec au moins un des troubles persistant suivants : - acuité visuelle corrigée < 3/10° - champ visuel binoculaire < 30 - hémianopsie latérale homonyme complète - cécité complète pour les personnes de moins de 60 ans
Insuffisance respiratoire chronique		Déficit fonctionnel respiratoire avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - PaO ₂ < 60 mm de Hg - CV, VEMS ou CPT < 60% de la valeur théorique sur 2 mesures successives - Lobectomie pulmonaire - Trachéotomie permanente
Insuffisance cardiaque		Stade III/IV de la classification NYHA avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - fraction éjection (FE) du ventricule gauche (VG) inférieure à 40 % - troubles de la repolarisation à l'ECG
Cancers		Tumeurs malignes de classe TNM >T2 avec séquelles thérapeutiques permanentes, avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - évolution métastatique - amputation chirurgicale avec séquelles fonctionnelles - perte de poids de plus de 60% du poids idéal - zone de radiodermite chronique > 20 cm ²
Diabètes compliqués		Complication d'un diabète insulinodépendant avec au moins une des atteintes suivantes : - des yeux - du rein - du coeur, des vaisseaux - du système nerveux périphérique
Artériopathie des membres inférieurs		Stade II de Leriche et Fontaine, avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - une sténose artérielle supérieure à 90% - périmètre de marche à moins de 200 m

Séquelles traumatiques d'origine accidentelle	Critères diagnostiques spécifiques
Amputation	Amputation d'au moins un des Membres supérieurs suivants : avant-bras, bras, main, trans-métacarpienne du pouce du membre dominant, 2 doigts ou plus Amputation d'au moins un des Membres inférieurs suivants : hanche, cuisse, jambe, trans-métatarsienne du pied
Atteinte des membres, du rachis et de la locomotion	Atteinte d'un Membre supérieur avec un des troubles ou déficits suivants : Épaule : ballante, limitation de l'élévation et antépulsion à 80° Coude : raideur ou arthrodèse avec perte de la prono-supination, coude ballant non appareillable Poignet : perte de la prono-supination du membre dominant Main : perte de la pronation du membre dominant Atteinte de la Locomotion avec un des troubles ou déficits suivants : Hanche : raideur de la hanche avec ankylose, limitation des mouvements de la hanche avec attitude vicieuse Genou : raideur ou ankylose du genou avec flexion inférieure à 60° Atteinte du Rachis avec un des troubles ou déficits suivants : blocage et raideur du cou ou du rachis dorsolombaire gênant la vie courante
Séquelles neurologiques	Séquelles du Système nerveux central avec un des troubles ou déficits suivants : quadruplégie, hémiplégie, monoplégie du membre dominant, syndrome cérébelleux bilatéral, syndrome frontal et troubles cognitifs permanents, ou syndrome de Korsakoff Séquelles du Rachis avec un des troubles ou déficits suivants : atteinte médullaire gênant la vie, syndrome radiculaire C5, C6, C7 ou C8 avec déficit locomoteur, paralysie du nerf radial ou médian, tétra ou paraplégie, paralysie totale du nerf crural ou sciatique

7 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES ET DÉLAIS D'ATTENTE

7.1 - Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date de conclusion du contrat et quand il en existe un, à l'issue du délai d'attente.

7.2 - Délais d'attente

Bien que le contrat soit conclu, un délai d'attente peut être appliqué pour la prise d'effet des garanties. Le délai d'attente est la période pendant laquelle l'assuré n'est pas couvert contre le risque assuré.

Les garanties « DÉPENDANCE TOTALE, DÉPENDANCE PARTIELLE ET DÉPENDANCE LÉGÈRE » prennent effet à l'issue des délais d'attente suivants :

- en cas de dépendance due à un accident (voir définition ci-dessous) : aucun délai d'attente,
- en cas de dépendance fonctionnelle (voir définition ci-dessous): délai d'attente de 10 mois à compter de la date de conclusion du contrat,
- en cas de dépendance psychique (voir définition ci-dessous): délai d'attente de 36 mois à compter de la date de conclusion du contrat.

La survenance, pendant le délai d'attente, d'un état de dépendance relevant des groupes GIR 1, GIR 2 ou GIR 3 de la grille AGGIR met fin au contrat. Aucun versement de prestation n'est effectué et CNP Assurances procède au remboursement au souscripteur des primes nettes de frais, payées au titre de la garantie DÉPENDANCE TOTALE et PARTIELLE relevant des groupes GIR 1, GIR 2 et GIR 3.

En revanche, la survenance, pendant le délai d'attente, d'un état de DÉPENDANCE LÉGÈRE ne met pas fin au contrat. Aucun versement de prestation au titre de cette garantie n'est effectué et CNP Assurances procède au remboursement au souscripteur des primes nettes de frais, payées au titre de cette garantie

Le contrat se poursuit au titre des garanties DÉPENDANCE TOTALE et PARTIELLE relevant des groupes GIR 1, GIR 2 et GIR 3 de la grille AGGIR.

La garantie « AMÉNAGEMENT » prend effet à l'issue des délais d'attente suivants :

- en cas de dépendance due à un accident : aucun délai d'attente,
- en cas de dépendance fonctionnelle : délai d'attente de 10 mois à compter de la date de conclusion du contrat,

- en cas de dépendance psychique : délai d'attente de 36 mois à compter de la date de conclusion du contrat.

La survenance d'un état de dépendance légère partielle ou totale pendant le délai d'attente met fin à la garantie complémentaire "AMÉNAGEMENT". Aucun versement de prestation au titre de cette garantie n'est effectué et CNP Assurances procède au remboursement au souscripteur des primes nettes de frais, payées au titre de la garantie complémentaire "AMÉNAGEMENT".

Pour la garantie « FRACTURE », aucun délai d'attente n'est appliqué.

DÉFINITION DE L'ACCIDENT

On entend par "accident" toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

DÉFINITION DE LA DÉPENDANCE FONCTIONNELLE

Impossibilité d'effectuer seul et intégralement des actes de la vie courante suite à un handicap physique médicalement constaté.

DÉFINITION DE LA DÉPENDANCE PSYCHIQUE

Impossibilité d'effectuer seul et intégralement des actes de la vie courante, de façon spontanée, sans incitation, en raison d'une démence. Les démences de type Alzheimer et la maladie d'Alzheimer sont considérées comme entraînant une dépendance psychique.

8 - CONTENU DES GARANTIES PRINCIPALES D'ASSURANCE

À la souscription, le souscripteur choisit le montant de la rente mensuelle qui sera versé à l'assuré en cas de dépendance. Ce montant est compris entre 300 et 2500 euros, par tranche de 100 euros. Ce montant peut être modifié à la hausse ou à la baisse en cours de contrat, selon les modalités définies dans les présentes conditions générales à l'article 11 - Modifications possibles des garanties.

8.1 - Garanties DÉPENDANCE TOTALE, PARTIELLE, et LÉGÈRE

En cas de dépendance TOTALE et PARTIELLE

Le montant de la rente mensuelle versé à l'assuré en état de dépendance de niveau GIR 1, GIR 2 ou GIR 3, varie selon le niveau de dépendance atteint.

Après étude du dossier, et expiration du délai d'attente le cas échéant, et s'il s'avère que l'état de l'assuré répond aux conditions contractuelles, CNP Assurances verse à l'assuré :

- la totalité de la rente mensuelle choisie, en cas de dépendance totale de niveau GIR 1 ou GIR 2, de la grille AGGIR,
- 50 % du montant de la rente choisie, en cas de dépendance partielle de niveau GIR 3, de la grille AGGIR.

En tout état de cause ce versement n'aura lieu que si l'assuré est toujours en vie à l'issue d'un délai de 3 mois suivant la date de reconnaissance de l'état de dépendance totale ou partielle fixée par CNP assurances. La date de reconnaissance de la dépendance ne peut pas être antérieure à la demande de prestation dépendance, ces deux dates pouvant être identiques si après instruction médicale du dossier par CNP Assurances, l'état de santé de l'assuré ouvre droit à prestations.

Ce délai de 3 mois ne s'applique pas lorsque l'assuré se trouvait préalablement en état de dépendance légère

Le premier versement des rentes intervient, à l'issue de ce délai de 3 mois, le 1^{er} jour du mois suivant, et est égal à 3 rentes mensuelles. Ensuite, les rentes sont versées mensuellement à terme échu, le 1^{er} de chaque mois, et aussi longtemps que dure la dépendance.

EN CAS DE DÉPENDANCE LÉGÈRE

Après étude du dossier et expiration du délai d'attente le cas échéant, et s'il s'avère que l'état de l'assuré répond aux conditions contractuelles de la dépendance légère, CNP Assurances verse une rente annuelle. Le montant de la rente annuelle est forfaitaire et s'élève à 1 200 euros. Le premier versement de cette rente intervient le 1^{er} jour du mois qui suit la date de reconnaissance de la dépendance fixée par CNP Assurances. La date de reconnaissance de la dépendance ne peut pas être antérieure à la demande de prestation dépendance, ces deux dates pouvant être identiques si après instruction médicale du dossier par CNP Assurances, l'état de santé de l'assuré ouvre droit à prestations. Les années suivantes, la rente annuelle est versée à l'assuré chaque 1^{er} du mois anniversaire de la date de reconnaissance de l'état de dépendance, et aussi longtemps que son état de dépendance relève de la définition de la dépendance légère.

EVOLUTION DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE

À noter, en cas d'évolution de l'état de dépendance, l'assuré peut demander à percevoir la prestation prévue au titre de son nouvel état. Le versement de la prestation interviendra dès la date de reconnaissance du nouvel état par CNP Assurances. Cette date de reconnaissance ne peut être antérieure à la demande de prestation dépendance.

8.2 - Garantie « FRACTURE »

La garantie « FRACTURE » intervient avant toute survenance d'un état de dépendance et si le sinistre survient avant les 80 ans de l'assuré.

On entend par « FRACTURE » la rupture violente d'un os, avec ou sans déplacement de fragment osseux. Sont exclues les fissures, fêlures et entorses graves.

Un capital forfaitaire de 300 euros est versé à l'assuré lorsque celui-ci est hospitalisé pour une durée supérieure à 4 jours consécutifs en raison d'une fracture immobilisante située dans l'une ou l'autre des parties du corps suivantes :

- rachis, clavicule, hanche, bassin,
- épaule, coude, bras, avant-bras, poignet,
- jambe, cuisse, genou, cheville.

Cette garantie cesse dès la reconnaissance d'un état de dépendance et, en tout état de cause, à la date de renouvellement du contrat qui suit le 80^e anniversaire de l'assuré. La prime afférente à cette garantie cesse alors d'être prélevée.

Après étude du dossier, et s'il s'avère que l'état de l'assuré répond aux conditions contractuelles de la garantie « FRACTURE », CNP Assurances verse en une seule fois le capital « FRACTURE ».

Ce versement est effectué le 1^{er} jour du mois suivant la reconnaissance, par CNP Assurances, d'une fracture immobilisante, telle que définie ci-avant.

À noter qu'en cas de fractures multiples survenues lors d'un même évènement, la prestation ne sera versée qu'une seule fois. En revanche, en cas de survenance de plusieurs fractures rapprochées, le versement

de la prestation pourra être renouvelé, à condition qu'un délai d'au moins trois mois sépare la survenance de deux fractures successives.

9 - CONTENU DE LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE OPTIONNELLE D'ASSURANCE : GARANTIE "AMÉNAGEMENT"

Un capital forfaitaire de 3.000 euros est versé à l'assuré dès la reconnaissance par CNP Assurances d'un état de dépendance totale, partielle ou légère, tel que défini dans les présentes conditions générales à l'article 6 - Définition de la dépendance.

Après étude du dossier et expiration du délai d'attente le cas échéant, et s'il s'avère que l'état de l'assuré répond aux conditions contractuelles, CNP Assurances verse en une seule fois le capital "AMÉNAGEMENT".

Ce versement intervient une seule fois dans la vie du contrat et est effectué par CNP Assurances, le 1^{er} jour du mois suivant la reconnaissance de l'état de dépendance par CNP Assurances.

Cette garantie optionnelle peut être choisie par le souscripteur dès la souscription ou en cours de contrat, aux conditions indiquées à l'article 11 des présentes conditions générales.

10 - RISQUES EXCLUS

Sont exclus des garanties d'assurance :

- les conséquences des tentatives de suicide, ainsi que de tous faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré,
- les conséquences de l'usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants en application de l'article L 5132-7 du Code de la santé publique et qui n'ont pas été prescrites dans le cadre d'un traitement médical,
- le sinistre qui survient alors que l'assuré présente un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu à l'article L 234-1 du Code de la route et relevant des délits, et les complications physiques ou neuro-psychiatriques d'abus chronique de consommation de boissons alcoolisées,
- les conséquences des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome,
- les conséquences de guerre civile et étrangère, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes,
- les conséquences de la participation de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, rixes (sauf dans les cas suivants : légitime défense, assistance à personne en danger),
- les conséquences de démonstrations, acrobaties, compétitions et entraînements s'y rapportant, tentatives de record, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- les conséquences de la pratique d'un sport exercé à titre professionnel.

SYNTHÈSE DES PRESTATIONS PAR GARANTIE

	GARANTIES PRINCIPALES		GARANTIE COMPLÉMENTAIRE OPTIONNELLE
	Garantie « FRACTURE »	Garantie « DÉPENDANCE »	Garantie « AMÉNAGEMENT »
	Capital forfaitaire	Rentes	Capital forfaitaire versé une seule fois
Hospitalisation > à 4 j consécutifs en raison d'une FRACTURE et avant l'âge de 80 ans	300 euros		
DÉPENDANCE LÉGÈRE		1 200 euros / an	3 000 euros
DÉPENDANCE PARTIELLE GIR 3		50 % de la rente / mois	3 000 euros (1)
DÉPENDANCE TOTALE GIR 1 ET 2		100 % de la rente / mois	3 000 euros (2)

(1) Si le capital n'a pas été versé au titre de la dépendance LÉGÈRE

(2) Si le capital n'a pas été versé au titre de la dépendance PARTIELLE ou LÉGÈRE

TITRE III : VIE DU CONTRAT

11 - MODIFICATIONS POSSIBLES DES GARANTIES

Avant toute survenance d'un état de dépendance, le souscripteur peut à tout moment augmenter ou diminuer le montant de la rente mensuelle en choisissant un montant de rente compris entre 300 euros et 2 500 euros par tranche de 100 euros.

Le souscripteur peut également, à tout moment avant toute survenance d'un état de dépendance, choisir d'adopter ou d'abandonner la garantie complémentaire optionnelle "AMÉNAGEMENT". Chacune de ces modifications n'est possible que deux fois dans la vie du contrat.

11.1 - Augmentation du montant de la rente mensuelle

Le souscripteur peut demander une augmentation du montant de la rente mensuelle, avant l'entrée en dépendance de l'assuré, et sous réserve que ce dernier n'ait pas atteint son 75^e anniversaire.

Dans ce cas, l'assuré devra satisfaire à de nouvelles formalités telles que décrites dans les présentes conditions générales à l'article 4 - Conditions de souscription. Cette modification donnera lieu à un complément de prime déterminé en fonction de l'âge de l'assuré, des conditions tarifaires en vigueur à la date de la demande et du montant de l'augmentation. Ce complément de prime fera l'objet d'un prélèvement ponctuel.

La fraction de rente nouvellement garantie est soumise à un nouveau délai d'attente à partir de la date de cette demande tel que décrit dans les présentes conditions générales à l'article 7 - Prise d'effet des garanties et délais d'attente.

Cette augmentation est constatée par avenant et prend effet, sous réserve de l'encaissement de la prime correspondante :

- le jour de la demande d'augmentation, si la déclaration d'état de santé a pu être signée,
- au jour de la notification au souscripteur de l'acceptation du risque par CNP Assurances, si l'assuré a rempli un questionnaire de santé.

11.2 - Diminution du montant de la rente mensuelle

Sans condition d'âge de l'assuré, le souscripteur peut demander la diminution du montant de la rente mensuelle. Cette demande pourra être faite avant l'entrée en dépendance de l'assuré ou s'il est déjà dépendant uniquement lorsque son état de dépendance relève de la dépendance légère.

Le nouveau montant de rente pris en compte sera le montant choisi par le souscripteur, c'est-à-dire sans application d'une éventuelle indexation passée (cf. 12. 2 - Indexation des garanties avant le versement de la rente des présentes conditions générales). Cette modification donnera lieu à une nouvelle prime, déterminée, en fonction des conditions tarifaires en vigueur à la date de la demande et de l'âge de l'assuré à la

souscription ou, si il y a lieu, aux dates de demandes d'augmentation de la rente. Cette nouvelle prime sera prélevée à l'échéance périodique qui suit la date d'effet de l'avenant, déduction faite d'un éventuel excédent de prime perçu entre ces deux dates, au titre de la garantie avant diminution. Cette diminution est constatée par avenant et prend effet à la date de réception de la demande de diminution par CNP Assurances.

11.3 - Adoption de la garantie complémentaire optionnelle « AMÉNAGEMENT »

Le souscripteur peut demander l'adoption de la garantie complémentaire optionnelle "AMÉNAGEMENT", avant l'entrée en dépendance de l'assuré, et sous réserve que ce dernier n'ait pas atteint son 75^e anniversaire.

Dans ce cas, l'assuré devra satisfaire de nouveau aux formalités décrites dans les présentes conditions générales à l'article 4 - Conditions de souscription. Cette modification donnera lieu à un complément de prime calculé en fonction de l'âge de l'assuré et des conditions tarifaires en vigueur à la date de la demande.

Ce complément de prime fera l'objet d'un prélèvement ponctuel.

La garantie "AMÉNAGEMENT" est soumise à un délai d'attente à partir de la date de cette demande tel que décrit dans les présentes conditions générales à l'article 7 - Prise d'effet des garanties et délais d'attente.

L'adoption de la garantie "AMÉNAGEMENT" est constatée par avenant et prend effet, sous réserve de l'encaissement de la prime correspondante :

- le jour de la demande d'adoption, si la déclaration d'état de santé a pu être signée,
- au jour de la notification au souscripteur de l'acceptation du risque par CNP Assurances, si l'assuré a rempli un questionnaire de santé.

11.4 - Abandon de la garantie complémentaire optionnelle « AMÉNAGEMENT »

Sans condition d'âge de l'assuré et avant l'entrée en dépendance de ce dernier, le souscripteur peut demander l'abandon de la garantie "AMÉNAGEMENT". Cette modification donnera lieu à un recalcul de la prime, en fonction des conditions tarifaires en vigueur à la date de la demande et de l'âge de l'assuré à la souscription ou, si il y a lieu aux dates de demandes d'augmentation de la rente. Cette nouvelle prime sera prélevée à l'échéance périodique qui suit la date d'effet de l'avenant, déduction faite d'un éventuel excédent de prime perçu entre ces deux dates au titre de la garantie avant abandon. L'abandon de la garantie "AMÉNAGEMENT" est constaté par avenant et prend effet à la date de réception de la demande d'abandon par CNP Assurances.

12 - ÉVOLUTION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

12.1 - Fonds de revalorisation

Au 31 décembre de chaque année, CNP Assurances établit le compte de résultat de l'ensemble des opérations effectuées au titre des contrats des assurés non dépendants en portefeuille et des rentes en cours de service.

Le fonds de revalorisation est alimenté par au moins 90 % des produits financiers nets et intègre le solde du compte au 31 décembre de l'exercice précédent. Le fonds de revalorisation contribue à la revalorisation des rentes en cours de service et à l'augmentation de la provision correspondant à l'indexation des garanties.

12.2 - Indexation des garanties avant le versement de la rente

Chaque année à partir du 1^{er} avril, avec prise d'effet à la date anniversaire du contrat qui suit, le montant des garanties varie en fonction d'un taux fixé par référence à l'évolution annuelle du plafond annuel de la Sécurité sociale constatée au 1^{er} janvier de l'année en cours, dans la limite des disponibilités du fonds de revalorisation.

Les contrats réduits ne sont pas soumis à l'indexation des garanties. En cas de demande de diminution du montant de la rente mensuelle, l'indexation acquise précédemment n'est plus appliquée. Le nouveau montant de rente pris en compte est celui choisi par le souscripteur, selon les conditions définies dans les présentes conditions générales à l'article 11 - Modifications possibles des garanties.

12.3 - Revalorisation des rentes en cours de service

Chaque année au 1^{er} janvier, les rentes en cours de service sont revalorisées en fonction de l'évolution annuelle du plafond annuel de la Sécurité sociale dans la limite des disponibilités du fonds de revalorisation.

13 - MONTANT DE LA PRIME

Le montant de la prime annuelle est déterminé en fonction :

- de l'âge de l'assuré à la souscription ou à la date de demande de modification de garanties,
- du montant de la rente garanti,
- et du choix éventuel de la garantie optionnelle "AMÉNAGEMENT".

Le montant de la prime à régler la première année figure sur les conditions particulières, qui sont transmises au souscripteur (et à l'assuré lorsque celui-ci est une personne distincte du souscripteur).

Le montant des primes suivantes est communiqué annuellement sur le bulletin de situation annuel adressé au souscripteur (et à l'assuré lorsque celui-ci est une personne distincte du souscripteur).

La première prime est prélevée à la date de conclusion du contrat.

14 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRIMES

14.1 - Paiement des primes par le souscripteur

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle payable d'avance par prélèvement automatique sur le compte bancaire du souscripteur ouvert auprès d'un établissement de crédit domicilié en France, le 8 du mois anniversaire de la souscription. Cette prime peut être fractionnée en échéances périodiques mensuelles, trimestrielles, semestrielles ou annuelles, dès lors que la prime correspondante est supérieure à 10 euros. Le montant de la première prime est calculé au prorata temporis à compter de la date de conclusion du contrat dans le mois. Si le souscripteur opte pour un règlement mensuel, le premier prélèvement est égal aux 3 premières échéances mensuelles. Les primes mensuelles sont payables le 8 de chaque mois. Les primes trimestrielles et semestrielles sont payables le 8 du 1^{er} mois de la période. Le fractionnement choisi initialement peut à tout moment être modifié, à condition de respecter le minimum de prélèvement (10 euros). Cette modification est constatée par avenant et prend effet à la date de réception de la demande par CNP Assurances. Lorsque l'assuré est en dépendance de niveau GIR 3, GIR 2 ou GIR 1, le paiement de toutes les primes cesse.

Lorsque l'assuré est en dépendance LÉGÈRE, le paiement des primes relatives à la garantie «dépendance» relevant des niveaux GIR 3, GIR 2 et GIR 1 reste dû.

Dans le cadre de la commercialisation à distance, le paiement de la première prime s'effectue par débit d'un compte au nom du souscripteur ouvert auprès d'un établissement financier établi dans un État membre de l'Union Européenne ou dans un État partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

14.2 - Cas particulier : paiement des primes par l'assuré en cas de décès du souscripteur ou non-paiement des primes par le souscripteur

Lorsque le souscripteur et l'assuré sont des personnes distinctes et en cas de décès du souscripteur ou de non-paiement des primes par le souscripteur, l'assuré peut se substituer à celui-ci et acquitter les primes, par le débit d'un compte bancaire ouvert à son nom auprès d'un établissement de crédit domicilié en France pour maintenir le contrat.

Si l'assuré acquitte les primes dues, les garanties sont alors maintenues.

Lorsque cette prise en charge des primes est consécutive au décès du souscripteur, l'assuré reprend à son compte les droits et obligations du souscripteur, notamment quant au paiement des primes et la faculté de modifier les garanties.

À défaut de substitution de la part de l'assuré, le contrat prend fin conformément à l'article 14.3 - Non-paiement des primes ou à l'article 17 - Fin du contrat.

14.3 - Non-paiement des primes

À défaut de paiement d'une prime dans un délai de 10 jours suivant l'échéance périodique, le souscripteur recevra à son dernier domicile connu un courrier recommandé de mise en demeure l'informant que le non-paiement entraîne :

- soit la résiliation de l'assurance, si moins de 8 années de primes ont été payées.

Le contrat est résilié et les garanties prennent fin 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la prime est restée impayée à cette échéance.

- soit la mise en réduction du contrat si 8 années consécutives de primes ont été payées. Les 8 années s'apprécient pour chacune des garanties principales en cours.

L'assuré bénéficie de la mise en réduction de ces garanties pour lesquelles les primes ont été réglées pendant au moins 8 années consécutives à la date de réduction ; le montant des garanties est réduit par application d'un coefficient fixé en fonction du nombre d'années de primes acquittées et du barème en vigueur à la date de mise en réduction. Les garanties réduites ne sont pas revalorisées.

La garantie "AMÉNAGEMENT", la garantie « FRACTURE » et les garanties d'assistance cessent.

15 - INDEXATION DES PRIMES

Chaque année au 1^{er} avril, et à partir de la date anniversaire du contrat qui suit, les primes varient, comme les garanties, selon un taux fixé par référence à l'évolution annuelle du plafond annuel de la Sécurité sociale constatée au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Le souscripteur en est informé au plus tard 3 mois avant la date de renouvellement de son contrat, étant convenu que le nouveau montant de la prime s'applique à cette échéance.

Si après cette information le souscripteur modifie ses garanties d'assurance, dans les conditions définies dans les présentes conditions générales à l'article 11 - Modifications possibles des garanties, l'assureur lui communique le nouveau montant de sa prime indexé tenant compte de cette modification, qui prendra effet à la date de renouvellement de son contrat.

En cas de désaccord, le souscripteur a la possibilité de dénoncer le contrat dans le mois qui suit la réception de cette information.

16 - RÉVISION DES PRIMES

Indépendamment de l'évolution de l'indexation, la prime est révisable chaque année au 1^{er} avril, en fonction des résultats techniques de l'ensemble des contrats Dépendance de CNP Assurances. Le souscripteur est informé de cette révision au plus tard 3 mois avant la date de renouvellement de son contrat. Le nouveau montant de la prime s'applique à la date de renouvellement de son contrat. Si après cette information le souscripteur modifie ses garanties d'assurance, dans les conditions définies dans les présentes conditions générales à l'article 11 - Modifications possibles des garanties, l'assureur lui communique le nouveau montant de sa prime indexé tenant compte de cette modification qui prendra effet à la date de renouvellement de son contrat.

En cas de désaccord, le souscripteur a la possibilité de dénoncer son contrat dans le mois qui suit la réception de cette information.

17 - FIN DU CONTRAT

Le contrat prend fin en cas de :

• Renonciation

Renonciation selon les modalités fixées à l'article 18.2 - Renonciation au contrat des présentes conditions générales.

• Dépendance pendant le délai d'attente

En cas de dépendance de niveau GIR 1, 2 ou 3 pendant le délai d'attente, le contrat prend fin et les primes nettes de frais afférentes à ces garanties sont remboursées au souscripteur.

• Résiliation du contrat par le souscripteur

La demande de résiliation doit être adressée par le souscripteur à CNP Assurances par lettre recommandée avec avis de réception 2 mois avant la date de renouvellement de son contrat, date à laquelle le souscripteur cessera d'être couvert.

• Non-paiement de la prime par le souscripteur

Les contrats de moins de 8 ans cessent de produire leurs effets, dans les conditions définies dans les présentes conditions générales à l'article 14.3 - Non-paiement des primes, si la prime reste impayée au terme du délai de 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure visée à cet article.

• Décès du souscripteur ou de l'assuré

Au jour du décès de l'assuré, le contrat prend fin et le versement de la rente annuelle ou des rentes mensuelles cesse. Si le souscripteur décède, l'assuré peut poursuivre le présent contrat, notamment en payant les primes ; à ce titre, il devient souscripteur et il bénéficie du maintien des garanties et l'ensemble des stipulations des présentes conditions générales lui sont opposables.

Pour ce faire, CNP Assurances adresse un courrier à l'assuré dans les 10 jours suivant la date à laquelle elle est informée du décès du souscripteur, afin d'indiquer à l'assuré qu'il peut se substituer à ce dernier. L'assuré doit alors répondre dans les 30 jours à compter de la réception dudit courrier.

À défaut, le contrat est résilié au jour du décès du souscripteur.

18 - DROITS DU SOUSCRIPTEUR

18.1 - Information annuelle

Chaque année, le souscripteur (et l'assuré lorsque celui-ci est une personne distincte du souscripteur) reçoit un bulletin de situation indiquant le montant de la rente dépendance garantie, le montant des primes, les valeurs de réduction acquises au titre d'un contrat de plus de 8 années en cas de cessation de paiement et les éventuelles modifications apportées au contrat.

18.2 - Renonciation au contrat

La signature de la demande de souscription ne constitue pas un engagement définitif pour le souscripteur. Il peut renoncer à son contrat.

Délai pour exercer la faculté de renonciation

• Si la souscription du contrat fait suite à un démarchage

En vertu de l'article L 112-9, alinéa 1^{er} du Code des assurances, « toute personne s'acquitte d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

Le souscripteur ne peut toutefois plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription d'un contrat.

• Si le contrat est souscrit à distance

Conformément à l'article L 112-2-1 du Code des assurances, le même délai s'applique en cas de vente à distance, c'est-à-dire lorsque le contrat est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment vente par correspondance ou Internet). Dans ce cas, ce délai commence également à courir à compter de la date de conclusion du contrat (ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L 121-20-11 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu).

• Si le contrat est souscrit en face-à-face

Le contrat est vendu en face-à-face lorsque le client, n'ayant pas préalablement fait l'objet d'une sollicitation personnalisée - envoi d'un courrier ou autre, à son domicile, son lieu de résidence ou son lieu de travail, se rend dans les locaux du professionnel de l'assurance pour souscrire au contrat.

Dans ce cas, CNP Assurances prévoit contractuellement un délai de renonciation de 30 jours calendaires.

• Dans tous les cas

CNP Assurances étend contractuellement ce délai à 30 jours. Quel que soit le mode de commercialisation, le souscripteur bénéficie alors à titre contractuel d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat, y compris en cas de vente en face-à-face.

Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, le souscripteur doit adresser à CNP Assurances - Gestion spécifique - TSA 10004 - 49011 Angers Cedex 01, une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme)(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à la souscription du contrat « PREFON DEPENDANCE » que j'ai signée le à (Lieu de conclusion du contrat), le (Date et signature) ».

Effets de la renonciation

CNP Assurances procède alors au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Les effets sur le contrat varient en fonction de son mode de commercialisation :

- Si l'assurance ne fait pas suite à un démarchage, le contrat est réputé ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par CNP Assurances de la lettre recommandée de renonciation ;
- Si l'assurance fait suite à un démarchage, le contrat est résilié à compter de la réception de la lettre recommandée de renonciation. Le souscripteur reste cependant tenu au paiement intégral de la prime annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

18.3 - Droits du souscripteur (ou de l'assuré) sur les informations le concernant

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, le souscripteur (ou l'assuré) dispose d'un droit d'accès et de rectification des données qui le concernent. Il peut exercer ce droit à tout moment en adressant un courrier à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 Place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

Ces données sont nécessaires au traitement de sa souscription et à la gestion de son contrat et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances. Les données recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par PREFON et ses partenaires, sauf opposition écrite de sa part auprès de CNP Assurances.

18.4 - Procédure de conciliation

La procédure de conciliation ne s'applique pas si le médecin de l'assuré et le médecin-conseil de CNP Assurances peuvent signer un procès-verbal d'accord sur l'évaluation de l'état de santé de l'assuré.

Toutefois, le souscripteur ou l'assuré qui conteste la décision de CNP Assurances doit lui faire parvenir, dans les 6 mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant la réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en oeuvre de la procédure de conciliation et précisant qu'il s'engage à avancer les honoraires du tiers expert.

CNP Assurances invite son médecin-conseil et le médecin de l'assuré à désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit. Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième médecin sont à la charge de la partie perdante, le souscripteur, ou l'assuré ou ses proches faisant l'avance.

18.5 - Réclamation - Médiation

Pour toute réclamation relative à son contrat, le souscripteur, son ayant-droit ou l'assuré doit contacter le Centre de Clientèle, dont l'adresse figure sur les conditions particulières.

Le souscripteur, s'il est en désaccord avec la position définitive de CNP Assurances sur sa réclamation, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, peut s'adresser à :

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

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

18.6 - Prescription

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

18.7 - Autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de CNP Assurances.

19 - LUTTE ANTI-BLANCHIMENT

Comme toute compagnie d'assurances, l'Assureur est soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption en application du code monétaire et financier. C'est pourquoi l'Assureur a l'obligation d'identifier et de connaître ses clients et de se renseigner sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de leurs contrats d'assurance.

20 - DÉMARCHES À ACCOMPLIR POUR LA MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE

20.1 - En cas de fracture avant la survenance de la dépendance

En vue du versement du capital "FRACTURE", l'assuré ou toute autre personne de son entourage doit adresser à CNP Assurances un dossier comprenant l'ensemble des justificatifs suivants :

- certificat médical à faire remplir par le médecin traitant,
- compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire et/ou compte rendu de radiographie.

20.2 - En cas de dépendance

- En vue du versement des prestations liées à un état de dépendance (rentes annuelles, rentes mensuelles, ou capital "Aménagement") l'assuré ou toute autre personne de son entourage doit adresser à CNP Assurances un dossier sous pli confidentiel destiné au service du contrôle des Sinistres de CNP Assurances, comprenant l'ensemble des justificatifs suivants :

- un imprimé "justificatif d'état de dépendance", à renseigner éventuellement avec l'aide du médecin traitant ou celle de l'entourage et à adresser sous pli confidentiel, à l'attention du Service Contrôle des Sinistres de CNP Assurances - TSA 67162 - 4 Place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15,
- un certificat du médecin traitant ou hospitalier exposant l'état de dépendance de l'assuré, sa date de survenance, et précisant l'origine (accidentelle ou pathologique) de l'affection (des affections),
- la notification de la Sécurité sociale plaçant l'assuré en invalidité 3^e catégorie ; à défaut un certificat médical attestant que l'assuré est atteint d'une invalidité totale, permanente et définitive nécessitant l'assistance d'une tierce personne.

De plus, il devra fournir l'un des justificatifs suivants :

- En cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans un établissement : l'attestation d'hébergement en unité de long séjour ou dans une section de cure médicale, le bulletin de situation, le certificat d'admission, l'attestation de présence, le contrat d'hébergement, le certificat de séjour, les factures de frais de séjour.
- En cas de maintien à domicile :
- le certificat médical justifiant de l'assistance d'une tierce personne accompagné, si la tierce personne est rémunérée, de justificatifs d'emploi (avis de recouvrement de l'URSSAF, attestation de la mairie ou d'un service social ou d'une association, bulletins de salaire, contrat de travail, factures avec décompte des heures effectuées à domicile, copie des chèques emplois services),
- ou le certificat médical justifiant de la dispense de soins médicaux à domicile.

De plus, en cas de dépendance consécutive à un accident survenu pendant le délai d'attente, il devra fournir tout document justifiant de la nature de l'accident et de son lien de cause à effet avec l'état de dépendance, notamment le rapport de gendarmerie, des coupures de presse, des témoignages...

En outre, il devra fournir, le cas échéant, un document certifiant l'attribution par les Pouvoirs publics à l'assuré d'une prestation dépendance et indiquant le Groupe Iso-Ressources pris en considération pour l'attribution de cette prestation. Ce renseignement a une valeur indicative pour CNP Assurances qui effectue sa propre évaluation du niveau de dépendance de l'assuré.

Les documents susvisés doivent être libellés ou traduits en français aux frais de l'assuré afin qu'ils puissent être lus et compris par l'assureur. Outre les justificatifs prévus ci-dessus, CNP Assurances se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire qui lui serait nécessaire pour l'étude du dossier ainsi que de faire visiter par un médecin de son choix tout assuré demandant à bénéficier des prestations. Si l'assuré refuse de transmettre les pièces nécessaires à la constitution de son dossier ou de se soumettre au contrôle médical demandé, l'assureur ne pourra donner suite à la demande de garantie.

21 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Après étude du dossier, et s'il s'avère que l'état de santé de l'assuré répond aux conditions contractuelles relatives au contrat PREFON DEPENDANCE, CNP Assurances verse à l'assuré, selon son état et ses choix de garanties, les prestations prévues au contrat telles que définies dans les présentes conditions générales à l'article 8 - Contenu des garanties principales d'assurance.

À noter qu'au cours du paiement des rentes, CNP Assurances se réserve la possibilité de vérifier régulièrement le maintien de l'état de dépendance de l'assuré. En cas de refus de l'assuré, le versement des rentes cesse.

Le décès de l'assuré met fin au versement des rentes.

TITRE IV : Tarifs annuels en euros au 1^{er} juillet 2017

Le tableau ci-dessous indique le montant de la prime ANNUELLE TTC
des GARANTIES PRINCIPALES et de la GARANTIE COMPLÉMENTAIRE OPTIONNELLE

Les garanties principales comprennent :

- une **rente mensuelle**, versée en cas de dépendance TOTALE relevant du groupe GIR 1 ou GIR 2 de la grille AGGIR, égale à la totalité du montant de la rente choisie,
- une **rente mensuelle**, versée en cas de dépendance PARTIELLE relevant du groupe GIR 3 de la grille AGGIR, égale à 50% du montant de la rente choisie en cas de dépendance TOTALE,
- une **rente annuelle** forfaitaire de 1200 € versée en cas de dépendance LÉGÈRE,
- un **capital « FRACTURE »** forfaitaire de 300 € versé avant toute survenance de dépendance en cas d'hospitalisation de l'assuré supérieure à 4 jours en raison d'une FRACTURE et avant 80 ans.

Le coût des prestations d'assistance est inclus dans ce tarif. Il s'élève à 13,20 euros par an.

Garantie principale : tarif total par âge et par montant mensuel de la rente GIR 1 ou GIR 2

Montant de la rente GIR 1 ou GIR 2	300 euros	400 euros	500 euros	600 euros	700 euros	800 euros	900 euros	1000 euros	1100 euros	1200 euros	1300 euros
	Âge à l'adhésion										
≤ 45 ans	206,40	241,20	274,80	309,60	344,40	378,00	412,80	447,60	482,40	516,00	549,60
46 ans	214,80	250,80	286,80	322,80	358,80	394,80	430,80	466,80	502,80	537,60	573,60
47 ans	223,20	260,40	298,80	336,00	373,20	410,40	447,60	484,80	522,00	559,20	597,60
48 ans	231,60	271,20	309,60	349,20	387,60	426,00	465,60	505,20	542,40	582,00	621,60
49 ans	241,20	280,80	321,60	362,40	403,20	444,00	483,60	524,40	565,20	606,00	646,80
50 ans	247,20	289,20	332,40	374,40	417,60	459,60	501,60	544,80	585,60	627,60	670,80
51 ans	256,80	302,40	346,80	390,00	434,40	478,80	523,20	566,40	612,00	656,40	699,60
52 ans	264,00	312,00	357,60	403,20	450,00	495,60	542,40	588,00	633,60	680,40	727,20
53 ans	274,80	322,80	372,00	418,80	468,00	516,00	565,20	612,00	661,20	709,20	758,40
54 ans	283,20	334,80	385,20	435,60	486,00	536,40	586,80	637,20	688,80	739,20	789,60
55 ans	292,80	346,80	398,40	452,40	505,20	556,80	610,80	662,40	716,40	769,20	822,00
56 ans	304,80	360,00	415,20	470,40	525,60	580,80	636,00	691,20	747,60	802,80	858,00
57 ans	314,40	373,20	430,80	489,60	546,00	604,80	662,40	720,00	778,80	836,40	895,20
58 ans	326,40	387,60	448,80	508,80	570,00	631,20	691,20	752,40	813,60	873,60	934,80
59 ans	338,40	400,80	465,60	530,40	592,80	657,60	720,00	784,80	848,40	912,00	976,80
60 ans	350,40	416,40	483,60	550,80	618,00	685,20	752,40	818,40	885,60	952,80	1020,00
61 ans	363,60	434,40	504,00	574,80	644,40	715,20	786,00	856,80	926,40	996,00	1066,80
62 ans	376,80	450,00	524,40	598,80	672,00	746,40	819,60	894,00	967,20	1042,80	1117,20
63 ans	391,20	469,20	547,20	625,20	702,00	781,20	858,00	936,00	1014,00	1092,00	1168,80
64 ans	405,60	488,40	570,00	651,60	733,20	814,80	896,40	979,20	1062,00	1143,60	1225,20
65 ans	424,80	511,20	597,60	684,00	770,40	855,60	942,00	1028,40	1114,80	1201,20	1286,40
66 ans	441,60	532,80	622,80	712,80	804,00	895,20	986,40	1076,40	1167,60	1258,80	1350,00
67 ans	460,80	555,60	650,40	746,40	842,40	938,40	1034,40	1130,40	1225,20	1320,00	1416,00
68 ans	478,80	579,60	679,20	780,00	880,80	982,80	1083,60	1184,40	1285,20	1386,00	1488,00
69 ans	498,00	604,80	711,60	818,40	924,00	1030,80	1137,60	1243,20	1350,00	1456,80	1563,60
70 ans	519,60	631,20	744,00	855,60	968,40	1080,00	1194,00	1305,60	1418,40	1530,00	1642,80
71 ans	541,20	660,00	778,80	898,80	1016,40	1135,20	1254,00	1372,80	1491,60	1610,40	1730,40
72 ans	565,20	691,20	817,20	942,00	1066,80	1192,80	1318,80	1444,80	1569,60	1695,60	1821,60
73 ans	591,60	723,60	856,80	988,80	1122,00	1255,20	1388,40	1520,40	1653,60	1785,60	1920,00
74 ans	616,80	758,40	898,80	1039,20	1179,60	1320,00	1461,60	1600,80	1742,40	1882,80	2022,00

La garantie complémentaire optionnelle comprend :

- un capital « AMÉNAGEMENT » versé dès la reconnaissance d'un état de dépendance PARTIELLE, TOTALE ou LÉGÈRE tel que défini à l'article 6 des conditions générales et sous réserve de l'application du délai d'attente.

Lorsque le souscripteur a opté pour la garantie complémentaire optionnelle, il convient d'ajouter le montant de la prime afférente à cette garantie et le montant de la prime afférente aux garanties principales pour obtenir le montant total de la prime due.

OPTION

1400 euros	1500 euros	1600 euros	1700 euros	1800 euros	1900 euros	2000 euros	2100 euros	2200 euros	2300 euros	2400 euros	2500 euros	Capital Aménagement
584,40	619,20	654,00	687,60	722,40	757,20	792,00	824,40	859,20	894,00	928,80	963,60	69,60
609,60	645,60	681,60	716,40	752,40	788,40	824,40	860,40	895,20	932,40	968,40	1004,40	72,00
633,60	670,80	709,20	746,40	783,60	820,80	858,00	896,40	932,40	969,60	1008,00	1045,20	75,60
660,00	698,40	738,00	777,60	816,00	854,40	894,00	932,40	972,00	1009,20	1048,80	1088,40	79,20
687,60	727,20	768,00	808,80	849,60	890,40	930,00	970,80	1011,60	1052,40	1093,20	1134,00	82,80
712,80	754,80	798,00	840,00	882,00	925,20	967,20	1009,20	1052,40	1094,40	1137,60	1179,60	86,40
744,00	788,40	832,80	876,00	921,60	966,00	1010,40	1053,60	1098,00	1142,40	1185,60	1230,00	88,80
774,00	819,60	865,20	912,00	957,60	1004,40	1050,00	1095,60	1143,60	1189,20	1236,00	1281,60	91,20
805,20	854,40	902,40	950,40	998,40	1047,60	1096,80	1143,60	1192,80	1240,80	1290,00	1336,80	94,80
840,00	890,40	939,60	990,00	1041,60	1092,00	1142,40	1192,80	1243,20	1293,60	1345,20	1395,60	97,20
874,80	927,60	980,40	1033,20	1087,20	1138,80	1192,80	1244,40	1297,20	1351,20	1402,80	1456,80	100,80
913,20	968,40	1024,80	1080,00	1135,20	1190,40	1245,60	1300,80	1356,00	1411,20	1466,40	1522,80	104,40
952,80	1011,60	1069,20	1128,00	1184,40	1242,00	1300,80	1358,40	1417,20	1474,80	1533,60	1591,20	108,00
996,00	1056,00	1117,20	1178,40	1239,60	1299,60	1360,80	1422,00	1482,00	1543,20	1604,40	1664,40	111,60
1039,20	1104,00	1167,60	1231,20	1296,00	1358,40	1423,20	1486,80	1550,40	1614,00	1677,60	1742,40	115,20
1087,20	1153,20	1220,40	1287,60	1354,80	1422,00	1488,00	1555,20	1623,60	1689,60	1756,80	1822,80	120,00
1137,60	1207,20	1278,00	1348,80	1419,60	1489,20	1560,00	1629,60	1700,40	1770,00	1840,80	1911,60	124,80
1189,20	1264,80	1338,00	1412,40	1486,80	1560,00	1634,40	1707,60	1782,00	1855,20	1929,60	2004,00	129,60
1248,00	1324,80	1401,60	1480,80	1557,60	1635,60	1713,60	1791,60	1868,40	1947,60	2024,40	2102,40	134,40
1306,80	1388,40	1470,00	1551,60	1633,20	1716,00	1797,60	1879,20	1960,80	2042,40	2124,00	2205,60	139,20
1372,80	1459,20	1545,60	1632,00	1717,20	1803,60	1890,00	1976,40	2062,80	2148,00	2234,40	2320,80	145,20
1440,00	1531,20	1621,20	1712,40	1802,40	1893,60	1984,80	2074,80	2166,00	2257,20	2348,40	2437,20	151,20
1512,00	1608,00	1704,00	1800,00	1894,80	1990,80	2085,60	2181,60	2277,60	2373,60	2469,60	2564,40	157,20
1588,80	1689,60	1789,20	1890,00	1990,80	2092,80	2193,60	2294,40	2395,20	2496,00	2598,00	2698,80	164,40
1669,20	1776,00	1882,80	1989,60	2095,20	2202,00	2308,80	2415,60	2521,20	2628,00	2734,80	2841,60	170,40
1756,80	1868,40	1981,20	2092,80	2205,60	2317,20	2431,20	2542,80	2655,60	2767,20	2880,00	2991,60	178,80
1848,00	1966,80	2085,60	2204,40	2323,20	2442,00	2562,00	2679,60	2798,40	2917,20	3036,00	3156,00	186,00
1947,60	2073,60	2197,20	2323,20	2449,20	2575,20	2700,00	2826,00	2952,00	3078,00	3202,80	3327,60	195,60
2052,00	2185,20	2317,20	2450,40	2583,60	2716,80	2848,80	2982,00	3114,00	3248,40	3380,40	3513,60	204,00
2163,60	2304,00	2445,60	2584,80	2725,20	2866,80	3006,00	3147,60	3288,00	3429,60	3568,80	3709,20	213,60

Tarifs mensuels en euros au 1^{er} juillet 2017

Le tableau ci-dessous indique le montant de la prime MENSUELLE TTC
des GARANTIES PRINCIPALES et de la GARANTIE COMPLÉMENTAIRE OPTIONNELLE

Les garanties principales comprennent :

- une **rente mensuelle**, versée en cas de dépendance TOTALE relevant du groupe GIR 1 ou GIR 2 de la grille AGGIR, égale à la totalité du montant de la rente choisie,
- une **rente mensuelle**, versée en cas de dépendance PARTIELLE relevant du groupe GIR 3 de la grille AGGIR, égale à 50% du montant de la rente choisie en cas de dépendance TOTALE,
- une **rente annuelle** forfaitaire de 1200 € versée en cas de dépendance LÉGÈRE,
- un **capital « FRACTURE »** forfaitaire de 300 € versé avant toute survenance de dépendance en cas d'hospitalisation de l'assuré supérieure à 4 jours en raison d'une FRACTURE et avant 80 ans.

Le coût des prestations d'assistance est inclus dans ce tarif. Il s'élève à 1,10 euros par mois.

Garantie principale : tarif total par âge et par montant mensuel de la rente GIR 1 ou GIR 2

Montant de la rente GIR 1 ou GIR 2	300 euros	400 euros	500 euros	600 euros	700 euros	800 euros	900 euros	1000 euros	1100 euros	1200 euros	1300 euros
Âge à l'adhésion											
≤ 45 ans	17,20	20,10	22,90	25,80	28,70	31,50	34,40	37,30	40,20	43,00	45,80
46 ans	17,90	20,90	23,90	26,90	29,90	32,90	35,90	38,90	41,90	44,80	47,80
47 ans	18,60	21,70	24,90	28,00	31,10	34,20	37,30	40,40	43,50	46,60	49,80
48 ans	19,30	22,60	25,80	29,10	32,30	35,50	38,80	42,10	45,20	48,50	51,80
49 ans	20,10	23,40	26,80	30,20	33,60	37,00	40,30	43,70	47,10	50,50	53,90
50 ans	20,60	24,10	27,70	31,20	34,80	38,30	41,80	45,40	48,80	52,30	55,90
51 ans	21,40	25,20	28,90	32,50	36,20	39,90	43,60	47,20	51,00	54,70	58,30
52 ans	22,00	26,00	29,80	33,60	37,50	41,30	45,20	49,00	52,80	56,70	60,60
53 ans	22,90	26,90	31,00	34,90	39,00	43,00	47,10	51,00	55,10	59,10	63,20
54 ans	23,60	27,90	32,10	36,30	40,50	44,70	48,90	53,10	57,40	61,60	65,80
55 ans	24,40	28,90	33,20	37,70	42,10	46,40	50,90	55,20	59,70	64,10	68,50
56 ans	25,40	30,00	34,60	39,20	43,80	48,40	53,00	57,60	62,30	66,90	71,50
57 ans	26,20	31,10	35,90	40,80	45,50	50,40	55,20	60,00	64,90	69,70	74,60
58 ans	27,20	32,30	37,40	42,40	47,50	52,60	57,60	62,70	67,80	72,80	77,90
59 ans	28,20	33,40	38,80	44,20	49,40	54,80	60,00	65,40	70,70	76,00	81,40
60 ans	29,20	34,70	40,30	45,90	51,50	57,10	62,70	68,20	73,80	79,40	85,00
61 ans	30,30	36,20	42,00	47,90	53,70	59,60	65,50	71,40	77,20	83,00	88,90
62 ans	31,40	37,50	43,70	49,90	56,00	62,20	68,30	74,50	80,60	86,90	93,10
63 ans	32,60	39,10	45,60	52,10	58,50	65,10	71,50	78,00	84,50	91,00	97,40
64 ans	33,80	40,70	47,50	54,30	61,10	67,90	74,70	81,60	88,50	95,30	102,10
65 ans	35,40	42,60	49,80	57,00	64,20	71,30	78,50	85,70	92,90	100,10	107,20
66 ans	36,80	44,40	51,90	59,40	67,00	74,60	82,20	89,70	97,30	104,90	112,50
67 ans	38,40	46,30	54,20	62,20	70,20	78,20	86,20	94,20	102,10	110,00	118,00
68 ans	39,90	48,30	56,60	65,00	73,40	81,90	90,30	98,70	107,10	115,50	124,00
69 ans	41,50	50,40	59,30	68,20	77,00	85,90	94,80	103,60	112,50	121,40	130,30
70 ans	43,30	52,60	62,00	71,30	80,70	90,00	99,50	108,80	118,20	127,50	136,90
71 ans	45,10	55,00	64,90	74,90	84,70	94,60	104,50	114,40	124,30	134,20	144,20
72 ans	47,10	57,60	68,10	78,50	88,90	99,40	109,90	120,40	130,80	141,30	151,80
73 ans	49,30	60,30	71,40	82,40	93,50	104,60	115,70	126,70	137,80	148,80	160,00
74 ans	51,40	63,20	74,90	86,60	98,30	110,00	121,80	133,40	145,20	156,90	168,50

La garantie complémentaire optionnelle comprend :

- un capital « AMÉNAGEMENT » versé dès la reconnaissance d'un état de dépendance PARTIELLE, TOTALE ou LÉGÈRE tel que défini à l'article 6 des conditions générales et sous réserve de l'application du délai d'attente.

Lorsque le souscripteur a opté pour la garantie complémentaire optionnelle, il convient d'additionner le montant de la prime afférente à cette garantie et le montant de la prime afférente aux garanties principales pour obtenir le montant total de la prime due.

OPTION

1400 euros	1500 euros	1600 euros	1700 euros	1800 euros	1900 euros	2000 euros	2100 euros	2200 euros	2300 euros	2400 euros	2500 euros	Capital Aménagement
48,70	51,60	54,50	57,30	60,20	63,10	66,00	68,70	71,60	74,50	77,40	80,30	5,80
50,80	53,80	56,80	59,70	62,70	65,70	68,70	71,70	74,60	77,70	80,70	83,70	6,00
52,80	55,90	59,10	62,20	65,30	68,40	71,50	74,70	77,70	80,80	84,00	87,10	6,30
55,00	58,20	61,50	64,80	68,00	71,20	74,50	77,70	81,00	84,10	87,40	90,70	6,60
57,30	60,60	64,00	67,40	70,80	74,20	77,50	80,90	84,30	87,70	91,10	94,50	6,90
59,40	62,90	66,50	70,00	73,50	77,10	80,60	84,10	87,70	91,20	94,80	98,30	7,20
62,00	65,70	69,40	73,00	76,80	80,50	84,20	87,80	91,50	95,20	98,80	102,50	7,40
64,50	68,30	72,10	76,00	79,80	83,70	87,50	91,30	95,30	99,10	103,00	106,80	7,60
67,10	71,20	75,20	79,20	83,20	87,30	91,40	95,30	99,40	103,40	107,50	111,40	7,90
70,00	74,20	78,30	82,50	86,80	91,00	95,20	99,40	103,60	107,80	112,10	116,30	8,10
72,90	77,30	81,70	86,10	90,60	94,90	99,40	103,70	108,10	112,60	116,90	121,40	8,40
76,10	80,70	85,40	90,00	94,60	99,20	103,80	108,40	113,00	117,60	122,20	126,90	8,70
79,40	84,30	89,10	94,00	98,70	103,50	108,40	113,20	118,10	122,90	127,80	132,60	9,00
83,00	88,00	93,10	98,20	103,30	108,30	113,40	118,50	123,50	128,60	133,70	138,70	9,30
86,60	92,00	97,30	102,60	108,00	113,20	118,60	123,90	129,20	134,50	139,80	145,20	9,60
90,60	96,10	101,70	107,30	112,90	118,50	124,00	129,60	135,30	140,80	146,40	151,90	10,00
94,80	100,60	106,50	112,40	118,30	124,10	130,00	135,80	141,70	147,50	153,40	159,30	10,40
99,10	105,40	111,50	117,70	123,90	130,00	136,20	142,30	148,50	154,60	160,80	167,00	10,80
104,00	110,40	116,80	123,40	129,80	136,30	142,80	149,30	155,70	162,30	168,70	175,20	11,20
108,90	115,70	122,50	129,30	136,10	143,00	149,80	156,60	163,40	170,20	177,00	183,80	11,60
114,40	121,60	128,80	136,00	143,10	150,30	157,50	164,70	171,90	179,00	186,20	193,40	12,10
120,00	127,60	135,10	142,70	150,20	157,80	165,40	172,90	180,50	188,10	195,70	203,10	12,60
126,00	134,00	142,00	150,00	157,90	165,90	173,80	181,80	189,80	197,80	205,80	213,70	13,10
132,40	140,80	149,10	157,50	165,90	174,40	182,80	191,20	199,60	208,00	216,50	224,90	13,70
139,10	148,00	156,90	165,80	174,60	183,50	192,40	201,30	210,10	219,00	227,90	236,80	14,20
146,40	155,70	165,10	174,40	183,80	193,10	202,60	211,90	221,30	230,60	240,00	249,30	14,90
154,00	163,90	173,80	183,70	193,60	203,50	213,50	223,30	233,20	243,10	253,00	263,00	15,50
162,30	172,80	183,10	193,60	204,10	214,60	225,00	235,50	246,00	256,50	266,90	277,30	16,30
171,00	182,10	193,10	204,20	215,30	226,40	237,40	248,50	259,50	270,70	281,70	292,80	17,00
180,30	192,00	203,80	215,40	227,10	238,90	250,50	262,30	274,00	285,80	297,40	309,10	17,80

CNP Assurances - Société Anonyme au capital de de 686 618 477 euros entièrement libéré - Entreprise régie par le Code des assurances

Siège Social : 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15 - 341 737 062 RCS Paris

Entreprise régie par le Code des assurances

L'association Préfon, association Loi 1901 située au 12 bis, rue de Courcelles, 75008 Paris présente Préfon-Dépendance.

PREFON DEPENDANCE

CONDITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE
valant notice d'information
Contrat collectif n° FIC17DEP1504

SOMMAIRE

TITRE I : CADRE DES GARANTIES	p 5
Article 1 - Comment contacter FILASSISTANCE	p 5
Article 2 - Qui peut bénéficier des garanties	p 5
Article 3 - Où s'appliquent les garanties	p 5
Article 4 - Quelle est la période des garanties	p 5
TITRE II : GÉNÉRALITÉS	p 6
Article 1 - Définitions	p 6
Article 2 - Mise en oeuvre des prestations	p 9
Article 3 - Exclusions	p 9
Article 4 - Subrogation	p 10
Article 5 - Informatique et libertés	p 10
Article 6 - Responsabilité	p 10
Article 7 - Autorité de contrôle	p 10
Article 8 - Réclamations	p 10
Article 9 - Prescription	p 10
Article 10 - Fausse déclaration	p 11
Article 11 - Loi applicable et juridiction compétente	p 11
TITRE III : DÉTAIL DES PRESTATIONS GARANTIES	p 12
Article 1 - Prestations fournies à l'assuré dès son adhésion	p 12
Article 2 - Accompagnement d'un proche parent aidé : « l'aide à l'aidant »	p 13
Article 3 - Prestations accessibles en cas de dépendance légère de l'assuré	p 13
Article 4 - Prestations accessibles en cas de dépendance partielle de l'assuré	p 14
Article 5 - Prestations accessibles en cas de dépendance totale de l'assuré	p 15
Article 6 - Prestations accessibles en cas de d'hospitalisation supérieure à 4 jours de l'assurée suite à une fracture	p 16

CNP Assurances a souscrit le contrat collectif n° FIC17DEP1504, au profit de ses Assurés, auprès de FILASSISTANCE, afin de les faire bénéficier, des garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par FILASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 3 500 000€, entreprise 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.

TITRE I : CADRE DES GARANTIES

1 - COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE

- Téléphone : 01 70 36 41 13 (depuis la France) / +33 1 70 36 41 13 (depuis l'étranger)
- Télécopie : 01 47 11 24 63
- Adresse postale : 108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex.

2 - QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Assuré, son Conjoint, leurs enfants 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.

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.

4 - QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES

La présente Notice prend effet au plus tôt, à compter du **1^{er} septembre 2017** et couvre les Événements garantis survenus au plus tôt à compter de cette date.

Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion au contrat d'assurance dépendance « **Préfon Dépendance** » auprès de **CNP ASSURANCES**, sous réserve du règlement de la cotisation correspondante.

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

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance dépendance « **Préfon Dépendance** » souscrit auprès de **CNP ASSURANCES** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance **FIC17DEP1504** ;
- En cas de non-paiement de la cotisation conformément aux dispositions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances.

TITRE II : GÉNÉRALITÉS

1 - DÉFINITION

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

Accident	Toute atteinte corporelle non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.						
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.						
Assuré	Toute personne physique, adhérant au Contrat d'assistance n° FIC17DEP1504 et qui s'engage à acquitter la cotisation émise aux périodes définies.						
Assuré Aidant	L'Assuré qui aide un de ses Proches parents aidé, devenu dépendant. L'Assuré aidant 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.						
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 TITRE I, ci-avant.						
Conjoint	Le conjoint marié à l'Assuré, 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'Assuré.						
Contrat	Le Contrat collectif d'assistance n° FIC17DEP1504.						
Dépendance légère	<p>L'état de dépendance légère correspond à un déficit fonctionnel entraînant un début de dépendance :</p> <ul style="list-style-type: none"> dont l'origine est une pathologie listée dans le tableau ci-dessous et diagnostiquée et traitée (médicalement ou chirurgicalement) depuis au moins 6 mois, nécessitant, pour être compensé, une aide matérielle ou un service, en vue de soutenir l'assuré dans le maintien d'une autonomie pour la vie quotidienne, dans les conditions de reconnaissance définies ci-après (critères diagnostiques généraux et spécifiques à chaque pathologie). <p>✓ Conditions de reconnaissance de la dépendance légère :</p> <ul style="list-style-type: none"> Critères diagnostiques généraux : <p>La pathologie et le traitement sont objectivés par une consultation spécialisée, une ordonnance délivrée pour un traitement spécifique, des comptes rendus d'hospitalisation, d'examens médicaux et paramédicaux portant diagnostic d'une des pathologies listées et précisant les dates et nature des traitements prescrits.</p> <p>La nature des pièces demandées pour vérifier le diagnostic et le stade d'évolution de la pathologie pourra le cas échéant évoluer en fonction des données scientifiques en vigueur au moment de la demande et reconnues sur le plan national.</p> <ul style="list-style-type: none"> Critères diagnostiques spécifiques à chaque pathologie : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Liste des pathologies</th> <th style="width: 50%;">Critères diagnostiques spécifiques à chaque pathologie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Maladie d'Alzheimer</td> <td>Démence sénile précoce avec un résultat à au moins 2 tests Mini Mental State Examinations de Folstein (MMS) inférieur à 20/30</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Maladies neurologiques ou Maladie de Parkinson ou Sclérose en Plaques (affection dégénérative démyélinisante) ou Sclérose Latérale Amyotrophique </td> <td style="vertical-align: top;"> Avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - atteinte neurologique bilatérale - troubles de la marche, de la préhension, ou de la mobilité - déficience du langage et/ou de la parole entravant la communication - atteinte motrice bilatérale des nerfs crâniens - troubles de la déglutition pour des aliments semi-liquides - paralysie complète de la langue - déficit sensitif rendant dangereuse la vie quotidienne </td> </tr> </tbody> </table>	Liste des pathologies	Critères diagnostiques spécifiques à chaque pathologie	Maladie d'Alzheimer	Démence sénile précoce avec un résultat à au moins 2 tests Mini Mental State Examinations de Folstein (MMS) inférieur à 20/30	Maladies neurologiques ou Maladie de Parkinson ou Sclérose en Plaques (affection dégénérative démyélinisante) ou Sclérose Latérale Amyotrophique	Avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - atteinte neurologique bilatérale - troubles de la marche, de la préhension, ou de la mobilité - déficience du langage et/ou de la parole entravant la communication - atteinte motrice bilatérale des nerfs crâniens - troubles de la déglutition pour des aliments semi-liquides - paralysie complète de la langue - déficit sensitif rendant dangereuse la vie quotidienne
Liste des pathologies	Critères diagnostiques spécifiques à chaque pathologie						
Maladie d'Alzheimer	Démence sénile précoce avec un résultat à au moins 2 tests Mini Mental State Examinations de Folstein (MMS) inférieur à 20/30						
Maladies neurologiques ou Maladie de Parkinson ou Sclérose en Plaques (affection dégénérative démyélinisante) ou Sclérose Latérale Amyotrophique	Avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - atteinte neurologique bilatérale - troubles de la marche, de la préhension, ou de la mobilité - déficience du langage et/ou de la parole entravant la communication - atteinte motrice bilatérale des nerfs crâniens - troubles de la déglutition pour des aliments semi-liquides - paralysie complète de la langue - déficit sensitif rendant dangereuse la vie quotidienne						

Dépendance légère

Séquelles d'Accident Vasculaire Cérébral	Hémiplégie ou monoplégie, ou autre trouble neurologique séquellaire	Avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - déficience du langage et/ou de la parole entravant la communication dans la vie quotidienne - troubles de la marche à plat, pour plus de 200 m et/ou de la montée de 2 étages - perte de la préhension, et/ou de la pronosupination du membre dominant - perte de mobilité du membre supérieur au niveau de l'épaule, bras ballant - syndromes pseudo-bulbaires et/ou cérébelleux - troubles de l'équilibre avec appuis indispensables à la marche
Rhumatismes inflammatoires	Polyarthrite Rhumatoïde ou Spondylarthrite Ankylosante	Avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - déficit locomoteur bilatéral et persistant - complication systémique ou extra articulaire avec gêne fonctionnelle
Arthroses	Coxarthrose ou gonarthrose ou arthrose rachidienne	Avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - raideur de la hanche avec ankylose - limitation des mouvements de la hanche avec attitude vicieuse - ankylose du genou avec flexion inférieure à 60° - syndrome radiculaire C5, C6, C7 ou C8 avec un déficit locomoteur - paralysie du nerf radial ou médian - paralysie totale du nerf crural ou sciatique
Troubles visuels	DMLA ou rétinopathies ou cécité	Avec au moins un des troubles persistant suivants : - acuité visuelle corrigée < 3/10° - champ visuel binoculaire < 30 - hémianopsie latérale homonyme complète - cécité complète pour les personnes de moins de 60 ans
Insuffisance respiratoire chronique		Déficit fonctionnel respiratoire avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - PaO2 < 60 mm de Hg - CV, VEMS ou CPT < 60% de la valeur théorique sur 2 mesures successives - Lobectomie pulmonaire - Trachéotomie permanente
Insuffisance cardiaque		Stade III/IV de la classification NYHA avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - fraction éjection (FE) du ventricule gauche (VG) inférieure à 40 % - troubles de la repolarisation à l'ECG
Cancers		Tumeurs malignes de classe TNM >T2 avec séquelles thérapeutiques permanentes, avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - évolution métastatique - amputation chirurgicale avec séquelles fonctionnelles - perte de poids de plus de 60% du poids idéal - zone de radiodermite chronique > 20 cm2
Diabètes compliqués		Complication d'un diabète insulino-dépendant avec au moins une des atteintes suivantes : - des yeux - du rein - du cœur, des vaisseaux - du système nerveux périphérique
Artériopathie des membres inférieurs		Stade II de Leriche et Fontaine, avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - une sténose artérielle supérieure à 90% - périmètre de marche à moins de 200 m

	Séquelles traumatiques d'origine accidentelle	Critères diagnostiques spécifiques
	Amputation	Amputation d'au moins un des Membres supérieurs suivants : avant-bras, bras, main, trans-métacarpienne du pouce du membre dominant, 2 doigts ou plus Amputation d'au moins un des Membres inférieurs suivants : hanche, cuisse, jambe, trans-métatarsienne du pied
	Atteinte des membres, du rachis et de la locomotion	Atteinte d'un Membre supérieur avec un des troubles ou déficits suivants : Épaulé : ballante, limitation de l'élévation et antépulsion à 80° Coude : raideur ou arthrodèse avec perte de la pronosupination, coude ballant non appareillable Poignet : perte de la pronosupination du membre dominant Main : perte de la pronation du membre dominant Atteinte de la Locomotion avec un des troubles ou déficits suivants : Hanche : raideur de la hanche avec ankylose, limitation des mouvements de la hanche avec attitude vicieuse Genou : raideur ou ankylose du genou avec flexion inférieure à 60° Atteinte du Rachis avec un des troubles ou déficits suivants : blocage et raideur du cou ou du rachis dorsolombaire gênant la vie courante
	Séquelles neurologiques	Séquelles du Système nerveux central avec un des troubles ou déficits suivants : quadriplégie, hémiplégie, monoplégie du membre dominant, syndrome cérébelleux bilatéral, syndrome frontal et troubles cognitifs permanents, ou syndrome de Korsakoff Séquelles du Rachis avec un des troubles ou déficits suivants : atteinte médullaire gênant la vie, syndrome radiculaire C5, C6, C7 ou C8 avec déficit locomoteur, paralysie du nerf radial ou médian, tétra ou paraplégie, paralysie totale du nerf crural ou sciatique
Dépendance partielle	État de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 3 de la grille AGGIR.	
Dépendance totale	État de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 2 de la grille AGGIR.	
Domicile	Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Assuré, mentionné sur la demande de souscription	
Equipe médicale	Médecins de FILASSISTANCE.	
France	France métropolitaine y compris la Corse et les Départements-Régions d'Outre-mer français: Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion.	
Fracture	La rupture violente d'un os, avec ou sans déplacement de fragment osseux. Sont exclues les fissures, fêlures et entorses graves.	
Handicap	Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).	
Hospitalisation	Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, sauf clause contraire , dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle.	
Maladie	Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.	
Plainte mnésique objectivée	Diminution des capacités à mémoriser.	
Proche parent aidé	Ascendants et descendants du 1er degré de l'Assuré, son Conjoint et ses beaux-parents qui sont dans un état consolidé de dépendance ou de handicap.	
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, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.	
Zone de résidence	<ul style="list-style-type: none"> - Pour l'Assuré résidant en France métropolitaine ou en Corse: zone couvrant la France métropolitaine ou la Corse. - Pour l'Assuré résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français: zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le domicile de l'Assuré. 	

2 - MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.1. Délivrance des prestations

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

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone suivant **01 70 36 41 13**, 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 **FIC17DEP1504**. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de FILASSISTANCE.

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

2.2. Règlement des prestations

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

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

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

2.3. Conditions d'ordre médical

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

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

Afin de permettre à l'Equipe 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.

2.4. Conditions spécifiques à l'assistance informations

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

Toute demande est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier est communiqué à l'Assuré. FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse, si possible immédiatement, et **dans tous les cas dans un délai ne dépassant pas 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),
- De difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

LES PRESTATIONS D'INFORMATIONS « PRATIQUE ET/OU 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 - 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 l'Assuré ou le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

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

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

4 - SUBROGATION

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

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

5 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

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

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, l'Assuré dispose d'un droit d'accès et de modification relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il devra adresser sa demande, accompagnée d'une copie (recto/verso) de sa pièce d'identité, à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE – Correspondant CNIL - 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD CEDEX ou cil@filassistance.fr

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

6 - 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. À ce titre, FILASSISTANCE est tenue d'une obligation de moyens dans la réalisation des prestations d'assistance garanties et il appartiendra à l'Assuré, de prouver la défaillance de FILASSISTANCE.

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

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 tels que définis par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

7 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

8 - RÉCLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : **01 70 36 41 13**, qui veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE - Service Réclamations
108, Bureaux de la Colline
92213 SAINT-CLOUD CEDEX

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

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

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

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

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

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

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu par la Charte de la médiation de l'assurance à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Assuré ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

9 - PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

10 - FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré 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'Assuré 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.

11 - LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE

La présente Notice est régie par le droit français.

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

TITRE III : DÉTAIL DES PRESTATIONS GARANTIES

1 - PRESTATIONS FOURNIES À L'ASSURÉ DÈS SON ADHÉSION

1.1. - Prestations « Informations & prévention »

1.1.1. Service général de renseignements

FILASSISTANCE recherche et communique à l'Assuré :

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

1.1.2. Aide à la recherche d'activités

FILASSISTANCE aide l'Assuré dans la recherche d'activités et le cas échéant le met en relation :

- avec des associations, clubs, entités dédiées au bien-être et au confort des seniors,
- ou des structures favorisant le maintien des capacités intellectuelles : notamment cours liés aux nouvelles technologies, cours de langues, d'informatique, de dessin.

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

1.1.3. Aide à la recherche de professionnel de l'habitat

FILASSISTANCE communique à l'Assuré les numéros de téléphone des entreprises les plus proches de son Domicile dans les domaines suivants :

- plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie,
- peinture, tapisserie,
- réparation TV, électroménager,
- entretien divers.

Les travaux effectués (pièces et main d'œuvre) sont à la charge de l'Assuré qui les règlera directement au(x) prestataire(s) retenu(s). Le choix final du prestataire est du ressort exclusif de l'Assuré. FILASSISTANCE ne pourra être tenue responsable d'une exécution défectueuse de ce prestataire.

1.1.4. Aide à la recherche de professionnel de santé

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

En l'absence du médecin traitant, FILASSISTANCE apporte son aide à l'Assuré afin de lui trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical, sur le lieu, en France telle que définit ci-avant, où survient l'accident ou la maladie.

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

Les frais de visite ou autres restent à la charge de l'Assuré.

1.2. - Bilan prévention

1.2.1. Bilan prévention perte d'autonomie de l'Assuré

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés réalise un « bilan prévention perte d'autonomie ».

Le bilan prévention perte d'autonomie de FILASSISTANCE aborde les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne et notamment l'isolement social, l'entretien du Domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillage. Ce bilan est à la disposition de l'Assuré afin de favoriser son maintien à Domicile et préserver sa qualité de vie.

L'équipe de FILASSISTANCE délivre des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'Assuré ou ses proches dans les démarches de maintien à Domicile.

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

En fonction des besoins recensés par l'équipe de FILASSISTANCE, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) réalisera un diagnostic plus complet au Domicile de l'Assuré, sur l'aménagement de son habitat et de son environnement et proposera des solutions de prévention (pour éviter les hospitalisations ou les rechutes, rééducations, réadaptations afin d'améliorer son niveau d'indépendance, propositions d'aides spécifiques liées au handicap, ...) en synergie avec des intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du Domicile, des fournisseurs de matériel spécialisé,

Les frais engagés sont à la charge de l'Assuré ou de ses proches.

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

De plus, l'équipe de FILASSISTANCE aide l'Assuré à constituer un dossier perte d'autonomie/dépendance, à établir un état de ses dépenses et de ses revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière.

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

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

1.2.2. Bilan prévention perte de mémoire de l'Assuré

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE réalise une évaluation médico-psycho-sociale de l'Assuré.

En cas de plainte mnésique objectivée, l'Assuré est orienté vers une filière de prise en charge (évaluation spécialisée des fonctions cognitives, orientation vers les structures proposant une stimulation cognitive, écoute, information, accompagnement).

Les éventuels frais engagés restent à la charge de l'Assuré.

En cas de vieillissement normal des fonctions cognitives, FILASSISTANCE lui délivrera un programme d'entraînement et d'accompagnement personnalisé dans les conditions telles que prévues à l'article 3.5 ci-après.

1.2.3. Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, est à la disposition de l'Assuré pour l'écouter, l'informe sur ce qu'est l'incontinence, ses principales formes, les traitements possibles ainsi que sur les prises en charges publiques.

Elle délivre également des informations (éventuellement sous forme de fiches pratiques sur des sujets tels que l'incontinence urinaire, les symptômes, l'échographie vésicale...) pour accompagner l'Assuré dans ses démarches.

Si nécessaire, l'équipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE orientera l'Assuré vers son médecin traitant afin que soit réalisé un examen complet par des professionnels compétents.

FILASSISTANCE indiquera également les coordonnées de médecins spécialistes, de professionnels de santé (kinésithérapeutes, stomathérapeutes...), d'établissements hospitaliers ou d'associations les plus proches de son Domicile.

1.2.4. Bilan prévention des risques cardio-vasculaires

FILASSISTANCE propose à l'Assuré un service de prévention des risques cardio-vasculaires.

Le « Bilan prévention des risques cardio-vasculaires » est un programme de prévention qui s'articule autour d'un accompagnement en fonction des facteurs de risque détectés chez l'Assuré, le but étant de l'informer sur le risque cardio-vasculaire, lui permettre d'acquérir des connaissances sur les facteurs de risque et l'éduquer aux bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie.

1.3. - Services d'assistance « à la carte »

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

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

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

1.4 - Téléassistance

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Assuré, un appareil de téléassistance qui lui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

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

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

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

Les frais de mise en service de l'appareil sont pris en charge par FILASSISTANCE. Les frais d'abonnement restent à la charge de l'Assuré.

2. ACCOMPAGNEMENT D'UN PROCHE PARENT AIDÉ : « L'AIDE À L'AIDANT »

2.1. - Service de renseignements sur la dépendance

FILASSISTANCE communique à l'Assuré aidant toutes les informations dont il aurait besoin dans le cadre de la survenance de la dépendance d'un Proche parent aidé, notamment ses droits et les démarches à effectuer et met en contact l'Assuré aidant avec les organismes concernés.

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

2.2. - Bilan 360° de l'assuré aidant

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

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

- Écoute.
- Habitat.
- Informations / formations.
- Prévention santé.
- Organisation de la vie au Domicile / coordination.
- Répét.
- Juridique.
- Financier.

2.3. - Aide à la constitution de dossier

FILASSISTANCE aide l'Assuré aidant dans la constitution du dossier lié à la dépendance d'un Proche parent aidé (par exemple pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée).

2.4. - Recherche d'établissement

FILASSISTANCE recherche et indique à l'Assuré aidant les établissements médicaux spécialisés (spécialité préconisée par le médecin traitant) qui peuvent recevoir ses Proches parents aidés, **sous réserve de disponibilités dans le centre ou l'établissement indiqué.**

Si l'Assuré aidant le souhaite, FILASSISTANCE réserve un lit dans un établissement spécialisé le plus proche de son Domicile du Proche parent aidé ou le plus apte à répondre à ses besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.**

2.5. Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant une prise de charge psychologique

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

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

3. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉPENDANCE LÉGÈRE DE L'ASSURÉ

3.1. Téléassistance

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Assuré, un appareil de téléassistance qui lui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

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

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

- o Gestion de la « fiche médicale » de l'abonné,
- o Écoute 24 heures sur 24 par les équipes d'assistance,
- o Présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée dans le centre d'appels de FILASSISTANCE,
- o Dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médicale de FILASSISTANCE,
- o Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (sans prise en charge).

FILASSISTANCE prend en charge les frais de mise en service et les 3 premiers mois d'abonnement (ou 3 mois d'abonnement si l'appareil est déjà installé chez l'Assuré).

3.2. - Bilan « Solution de vie »

FILASSISTANCE réalise avec l'Assuré (l'un de ses proches ou son représentant légal) un bilan de sa situation :

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

À partir de ce bilan réalisé par téléphone avec l'Assuré, FILASSISTANCE identifie les prestations à mettre en place et lui propose un plan d'aide à domicile. En accord avec l'Assuré, FILASSISTANCE organise les prestations et aide l'Assuré à choisir les prestataires.

Les principales prestations sont (liste non exhaustive) :

- téléassistance,
- aides techniques,
- portage de repas,
- accompagnement dans les déplacements ou petit bricolage,
- aide à domicile, auxiliaire de vie.

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

3.3. - Services d'assistance « à la carte »

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

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

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

3.4. - Service soutien de la mémoire

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

- **s'approprier le « pourquoi dois-je entretenir ma mémoire et comment le faire ? »**,
- **stimuler ses fonctions intellectuelles** et lui permettre d'acquérir des stratégies de mémorisation afin de les utiliser dans la vie quotidienne,

- **repenser son hygiène de vie**, vis à vis des différents facteurs de risque de survenue d'une maladie neurodégénérative.

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

4. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉPENDANCE PARTIELLE DE L'ASSURÉ

4.1. - Aménagement du domicile de l'assuré

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

- conseils sur l'adaptation du logement,
- aide et conseils sur l'interprétation des devis des prestataires et des types de travaux proposés,
- renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicules, associations.

4.2. - Services de proximité

4.2.1. Acheminement de médicaments

FILASSISTANCE organise l'acheminement de médicaments au Domicile de l'Assuré, si celui-ci 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'Assuré ne peut faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le simple renouvellement d'ordonnance.**

FILASSISTANCE ne sera pas tenue à l'exécution de cette obligation dans le cas où, dans un rayon maximum de 50 km autour du Domicile de l'Assuré, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Les frais engagés (portage et médicaments) restent à la charge de l'Assuré.

4.2.2. Portage des repas

FILASSISTANCE organise et met en relation l'Assuré pour son compte, avec un prestataire de services de portage de repas.

Les frais engagés (portage et repas) restent à la charge de l'Assuré.

4.2.3. Mise à disposition d'un coiffeur à domicile

FILASSISTANCE recherche et prend en charge la venue d'un coiffeur au Domicile de l'Assuré et **exerçant dans sa Zone de résidence.**

La prise en charge s'élève à hauteur des frais de déplacement du coiffeur et ne peut excéder 6 visites par année civile avec un maximum de 500 € TTC par année civile.

4.2.4. Accompagnement dans les déplacements

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

FILASSISTANCE prendra en charge la venue d'un accompagnateur à concurrence de 4 fois par année civile et avec un maximum de 460 € TTC par année civile.

4.2.5. Aide à domicile

FILASSISTANCE organise :

- Soit à la suite d'une hospitalisation **de plus de 4 jours**, au retour à Domicile de l'Assuré, la venue d'une Aide à domicile pour le soulager, d'une partie des tâches ménagères qui lui incombent habituellement et qu'il ne peut plus assumer, et prend en charge sa rémunération **jusqu'à 30 heures par événement, réparties sur 10 jours consécutifs ouvrés avec un maximum de 4 heures par jour et de 60 heures par année civile.**

- Soit une fois la dépendance partielle de l'Assuré constatée, la venue d'une Aide à domicile pour le soulager, d'une partie des tâches ménagères qui lui incombent habituellement et qu'il ne peut plus assumer, et prend en charge sa **rémunération jusqu'à 30 heures, réparties sur 10 jours consécutifs ouvrés avec un maximum de 4 heures par jour et dans la limite d'une seule intervention par adhésion.**

4.3. - Présence d'un proche au chevet de l'assuré ou garde malade

4.3.1. Présence d'un proche au chevet de l'Assuré

Lors du retour à Domicile de l'Assuré suite à une Hospitalisation **de plus de 4 jours**, FILASSISTANCE met à la disposition d'un proche, résidant dans la même Zone de résidence de l'Assuré, **un Titre de transport** afin que ce dernier se rende au chevet de l'Assuré.

FILASSISTANCE rembourse également les frais d'hôtel à concurrence de 50 € TTC par nuit, avec un maximum par séjour de 250 € TTC.

Les frais de restauration sont exclus.

OU

4.3.2. Garde malade à Domicile

Lors du retour à Domicile de l'Assuré suite à une Hospitalisation **de plus de 4 jours**, FILASSISTANCE recherche et prend en charge une garde malade **dans la limite de 15 heures, pendant les 5 jours qui suivent le retour au Domicile.**

Les prestations « Présence d'un proche au chevet de l'Assuré » et « Garde malade à Domicile » ne sont pas cumulables.

4.4. - Garde des animaux de compagnie

Suite à une Hospitalisation de l'Assuré **de plus de 4 jours**, 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.

La prise en charge se limite à une seule intervention par adhésion et à une durée de 8 jours.

4.5. - Service soutien de la mémoire

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

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

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

5. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉPENDANCE TOTALE DE L'ASSURÉ

5.1 - Téléassistance

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Assuré, un appareil de téléassistance qui lui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

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

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

- o Gestion de la « fiche médicale » de l'abonné,
- o Écoute 24 heures sur 24 par les équipes d'assistance,
- o Présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée dans le centre d'appels de FILASSISTANCE,
- o Dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médicale de FILASSISTANCE,
- o Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (sans prise en charge).

FILASSISTANCE prend en charge les frais de mise en service et les 3 premiers mois d'abonnement (ou 3 mois d'abonnement si l'appareil est déjà installé chez l'Assuré).

5.2. - Télésécurité - Prévention vol

FILASSISTANCE renseigne l'Assuré sur les alarmes d'habitation et sur la télésurveillance. C'est un système qui, par l'intermédiaire d'un transmetteur téléphonique, relie l'alarme, installée au Domicile, à un centre de veille qui est alerté en cas d'intrusion et qui prend alors les mesures nécessaires.

FILASSISTANCE met en relation également l'Assuré avec une société qui installe le matériel de télé sécurité.

Les coûts d'installation et d'abonnement sont à la charge de l'Assuré.

5.3. - Services de proximité

5.3.1. Accompagnement dans les déplacements

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

FILASSISTANCE prendra en charge la venue d'un accompagnateur à concurrence de 4 fois par année civile et avec un maximum de 460 € TTC par année civile.

5.3.2. Auxiliaire de vie

À la demande de l'Assuré, FILASSISTANCE recherche et organise la venue d'une auxiliaire de vie afin de le maintenir à son Domicile.

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

5.3.3. Entretien du domicile et autres travaux

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Assuré un service de renseignements, destiné à communiquer le ou les numéro(s) de téléphone du ou des service(s) de dépannage rapide situés à proximité de son Domicile.

Les numéros de téléphone indiqués le seront dans les domaines suivants : plomberie, menuiserie, électricité, peinture, tapisserie, serrurerie, vitrerie, réparation TV, électroménager et entretiens divers.

Les travaux effectués (pièces et main d'œuvre) sont à la charge de l'Assuré qui les règlera directement au(x) prestataire(s) retenu(s). Le choix final du prestataire est du ressort exclusif de l'Assuré. FILASSISTANCE ne pourra être tenue responsable d'une exécution défectueuse de ce prestataire.

5.4. - Mise à disposition d'un coiffeur à domicile

FILASSISTANCE recherche et prend en charge la venue d'un coiffeur au Domicile de l'Assuré **et exerçant dans sa Zone de résidence.**

La prise en charge s'élève à hauteur des frais de déplacement du coiffeur et ne peut excéder 6 visites par année civile (avec un maximum de 500 € TTC pour toute la durée du contrat).

5.5. - Mise à disposition du matériel adapté à la dépendance

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

EN CAS DE DÉPART DANS UN ÉTABLISSEMENT MEDICAL SPÉCIALISÉ

5.6. - Assistance déménagement

FILASSISTANCE organise le déménagement de l'Assuré si son changement de Domicile est indispensable, ou s'il doit être hébergé dans un établissement médical spécialisé.

Le coût du déménagement (transport et main d'œuvre) est à la charge de l'Assuré qui le règlera directement au prestataire retenu.

Le choix final du prestataire est du ressort exclusif de l'Assuré.

En aucun cas FILASSISTANCE ne pourra être tenue responsable d'une exécution défectueuse de ce prestataire.

5.7. - Suivi de la qualité de vie de l'assuré

FILASSISTANCE contacte l'Assuré périodiquement **(au maximum une fois par mois, pendant une période de 6 mois consécutifs à compter de son retour au Domicile)** afin de maintenir un contact avec l'extérieur et de connaître son ressenti quant à ses nouvelles conditions d'hébergement.

6. PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 4 JOURS DE L'ASSURÉ SUITE À UNE FRACTURE

6.1. - Accompagnement dans les déplacements

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

FILASSISTANCE prendra en charge la venue d'un accompagnateur à concurrence de 2 fois par année civile et avec un maximum de 60 € TTC par année civile.

6.2. - Aide à domicile

FILASSISTANCE organise au retour à Domicile de l'Assuré, la venue d'une Aide à domicile pour le soulager, d'une partie des tâches ménagères qui lui incombent habituellement et qu'il ne peut plus assumer, et prend en charge sa rémunération **jusqu'à 30 heures par événement, réparties sur 10 jours consécutifs ouvrés avec un maximum de 4 heures par jour et de 60 heures par année civile.**

6.3. - Présence d'un proche au chevet de l'assuré ou garde malade

6.3.1. Présence d'un proche au chevet de l'Assuré

Lors du retour à Domicile de l'Assuré suite à une Hospitalisation **de plus de 4 jours**, FILASSISTANCE met à la disposition d'un proche, résidant dans la même Zone de résidence de l'Assuré, **un Titre de transport** afin que ce dernier se rende au chevet de l'Assuré.

FILASSISTANCE rembourse également les frais d'hôtel à concurrence de 50 € TTC par nuit, avec un maximum par séjour de 250 € TTC.

Les frais de restauration sont exclus.

OU

6.3.2. Garde malade à Domicile

Lors du retour à Domicile de l'Assuré suite à une Hospitalisation **de plus de 4 jours**, FILASSISTANCE recherche et prend en charge une garde malade **dans la limite de 15 heures, pendant les 5 jours qui suivent le retour au Domicile.**

Les prestations « Présence d'un proche au chevet de l'Assuré » et « Garde malade à Domicile » ne sont pas cumulables.

