



Assurances & Prévoyance



MON PROJET SANTE +

Notice d'informations

PARTICULIERS

# SOMMAIRE

<b>VOTRE CONTRAT, VOTRE ADHESION</b> .....	<b>3</b>
VOTRE CONTRAT .....	3
LEXIQUE .....	3
PRÉAMBULE .....	3
OBJET DU CONTRAT .....	4
NATURE DES GARANTIES SANTÉ DU CONTRAT .....	4
QUI PEUT ADHÉRER AU CONTRAT ? .....	4
PERSONNES ASSURÉES ET ÂGE LIMITE D'ADHÉSION.....	4
EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION.....	4
CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DÉLAIS D'ATTENTE .....	4
TERRITORIALITÉ .....	4
LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS .....	5
VOS DECLARATIONS .....	5
VOS COTISATIONS .....	6
LA MODIFICATION DE VOS GARANTIES .....	6
QUELLES SONT VOS GARANTIES ? .....	7
COMMENT OBTENIR LE RÈGLEMENT DE VOS PRESTATIONS ? .....	8
RÉSILIATION .....	9
PRESCRIPTION .....	9
SUBROGATION .....	10
INFORMATIQUE ET LIBERTÉS.....	10
LES RÉCLAMATIONS - LA MÉDIATION.....	10
AUTORITÉ DE TUTELLE.....	10
POSSIBILITÉ DE RENONCIATION.....	10
<b>ASSISTANCE SANTÉ</b> .....	<b>12</b>
DEFINITIONS .....	14
VALIDITE TERRITORIALE .....	14
NECESSITE DE L'APPEL PREALABLE .....	14
ENGAGEMENTS FINANCIERS.....	14
CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL .....	15
EXCLUSIONS.....	15
PRESTATIONS GARANTIES .....	15
LITIGES GARANTIS .....	16
LITIGES OPPOSANT LE BENEFICIAIRE A UN ORGANISME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE POUR LES BRANCHES ASSURANCE MALADIE ET VIEILLESSE .....	16
MONTANTS GARANTIS.....	16
CONTENU DES GARANTIES.....	17
MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE .....	17
EXCLUSIONS.....	18
PAIEMENT DES INDEMNITES.....	19
<b>DISPOSITIONS COMMUNES À L'ASSISTANCE ET À LA PROTECTION JURIDIQUE.....</b>	<b>19</b>
PRISE D'EFFET .....	19
BENEFICIAIRES .....	19
PRESCRIPTION .....	19
SUBROGATION .....	19
LOI APPLICABLE .....	19
CONTRÔLE .....	19
INFORMATIQUE ET LIBERTES.....	20
RECLAMATIONS .....	20
EXONERATION DE ESPONSABILITE.....	20
<b>LES SERVICES À LA PERSONNE.....</b>	<b>20</b>
BENEFICIAIRES .....	20
CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS DE SERVICES A LA PERSONNE.....	21
ENGAGEMENTS FINANCIERS.....	21
RECLAMATIONS .....	22
LITIGES .....	22
LES SERVICES A LA PERSONNE ACCESSIBLES VIA DOMICAL .....	22



# VOTRE CONTRAT, VOTRE ADHESION

## VOTRE CONTRAT

**MON PROJET SANTE +** est un contrat collectif à adhésion individuelle :

- ▶ Souscrit par : La Garantie Médicale et Chirurgicale (G.M.C.), association régie par la loi de 1901, 10, rue Henner 75459 Paris Cedex 09 - Préfecture de Paris n° 011559, ci-après dénommée « L'association »,
- ▶ Auprès de : REMA (La Réunion des Mutuelles d'assurances Régionales), l'Assureur, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes, Entreprise régie par le Code des assurances, Siège social : 137 rue Victor Hugo - 92300 Levallois-Perret. ci-après dénommée « REMA », Assureur du risque « Garantie Santé » contrats N° 4930000100 et 4930000200 pour **MON PROJET SANTE +**.
- ▶ Auprès de GARANTIE ASSISTANCE : Société régie par le Code des assurances, 38 rue de la Bruyère 75009 PARIS, pour les garanties d'Assistance santé Vie Quotidienne, Assistance Protection Juridique et Assistance Service à la Personne (Contrats n° : 1777 et 1778),
- ▶ Auprès de Domical : Association de loi 1901 déclarée auprès de la Préfecture de Paris et agréée par la Préfecture (N° d'agrément N/130907/A/075/5/084) en tant que structure de coordination et d'intermédiation de services à la Personne dont le siège social est situé 38, rue La Bruyère 75 009 Paris (Contrat n°1779),
- ▶ Auprès de La GARANTIE OBSEQUES (association loi 1901) 10, rue Henner 75459 Paris Cedex 09 - Préfecture de Paris n° 006602 pour le risque Obsèques (contrat N°25000), elle-même assurée auprès d'ALLIANZ, société anonyme au capital de 643 054 425 euros - siège social : 87 rue de Richelieu 75002 PARIS - RCS Paris 340 234 962.

L'association G.M.C. a délégué à HENNER, SAS de courtage et de gestion d'assurance agréée ORIAS n° 07 002 039, la négociation des conditions de garantie du contrat **MON PROJET SANTE +** auprès des Assureurs. Elle lui en a également confié la commercialisation à titre exclusif, via son propre réseau commercial et son réseau d'intermédiaires d'assurances.

La gestion des adhésions au contrat **MON PROJET SANTE +** est réalisée en pratique par HENNER - GMC, Groupement d'Intérêt Economique régi par l'ordonnance du 23 septembre 1967, 10 rue Henner 75459 Paris Cedex 09, dont HENNER est membre.

## LEXIQUE

**Adhérent** : La personne signant la demande d'adhésion, acquittant les cotisations et ainsi pouvant accéder aux garanties dudit contrat.

**Assuré** : La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au certificat d'adhésion.

**Conjoint** : Est considéré comme Conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité ou son (sa) concubin(e) notoire.

**Couple** : Sont considérés comme couple, l'Adhérent et son conjoint.

**Enfant** : Il s'agit du ou des enfants fiscalement à la charge de l'Adhérent, ou celle du Conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 25<sup>ème</sup> anniversaire. A compter de 18 ans les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion des parents moyennant l'acquiescement d'une cotisation Adulte.

**Conclusion de l'adhésion** : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée sur la demande d'adhésion.

**Année d'assurance** : Période s'écoulant entre deux dates d'échéance principale.

**Échéance principale** : C'est la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion. Elle est mentionnée sur le certificat d'adhésion.

**Délai d'attente** : Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et événements survenant pendant cette période.

**Garantie** : Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles des renforts éventuellement souscrits, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

**Régime obligatoire (RO)** : C'est le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité Sociale Française dont relève l'Assuré.

**Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR)** : Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime obligatoire de Sécurité Sociale Française dont relève l'Assuré, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

**Plafond annuel de remboursement** : seuil limite annuel de la prise en charge par l'Assureur d'une dépense pour un type d'acte.

**Nous** : Il s'agit de nous l'Assureur.

**Vous** : Il s'agit de vous, l'Adhérent au contrat.

## PRÉAMBULE

**Votre adhésion au contrat MON PROJET SANTE + est :**

- ▶ Régie par les dispositions qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment par le Code des assurances. En accord avec l'association et vous-même nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion,
- ▶ Constituée des éléments suivants :
  - La présente Notice d'Information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements,

- La demande d'adhésion qui précise notamment le contrat auquel vous adhérez (**MON PROJET SANTE +**), les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites,
- Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé garanties

## OBJET DU CONTRAT

Le contrat **MON PROJET SANTE +** a pour objet de permettre à l'Adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à maladie, accident ou hospitalisation. Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

Le cas échéant, selon les garanties souscrites, et votre situation personnelle, les garanties proposées prévoient, à titre accessoire à la garantie principale, dite « Garantie Santé », un ensemble de services et des prestations complémentaires en cas de décès d'un Assuré, ou d'assistance aux Assurés.

## NATURE DES GARANTIES SANTÉ DU CONTRAT

**Garanties «contrat solidaire»** : L'accès à l'un ou à l'autre des contrats et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé de l'Adhérent, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

**Garanties «contrat responsable»** : Les différentes formules de garantie santé du contrat **MON PROJET SANTE +**, respectent l'ensemble des dispositions fixées par les articles L.871-1 et L.871-2 du Code de la Sécurité Sociale : ainsi que ses textes d'application détaillés dans l'article L.162-5-3, dont notamment :

- ▶ Le remboursement de certaines prestations de prévention dans les conditions définies par l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale,
- ▶ La non prise en charge des pénalités résultant du non respect du parcours de soins, tels que, la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire, le reste à charge sur les dépassements d'honoraires des actes cliniques et techniques, suivant les dispositions du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale, les franchises, majorations et participations forfaitaires.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des Adhérents.

## QUI PEUT ADHÉRER AU CONTRAT ?

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- ▶ Être assujéti à un Régime Obligatoire, en tant qu'Assuré social ou ayant-droit,
- ▶ Être âgé de 18 ans ou plus
- ▶ Respecter l'âge limite d'adhésion précisé ci-dessous.

Dispositions spécifiques au contrat **MON PROJET SANTE +** sous le numéro 2623 (Loi Madelin : Contrats réservés aux seuls Adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :

Pour adhérer à ces contrats vous devez relever du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie des Travailleurs Non Salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

## PERSONNES ASSURÉES ET ÂGE LIMITE D'ADHÉSION

L'Adhérent, et s'ils sont désignés sur le Certificat d'adhésion, son conjoint, et ses enfants à charge.

Les Assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'Assuré sociaux ou ayants-droit.

Age limite d'adhésion aux formules : 80 ans.

## EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion (échéance principale). Elle se renouvelle à chaque échéance principale sauf dénonciation par vous, nous, ou le souscripteur du contrat dans les conditions mentionnées au paragraphe «Résiliation».

Sauf dénonciation dans les formes prévues ci-dessus la garantie santé est viagère. Toutefois, la garantie la Garantie Obsèques cesse respectivement de plein droit lorsque l'Assuré atteint l'âge de 65 ans.

## CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DÉLAIS D'ATTENTE

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur.

La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent.

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion à l'égard de chaque personne assurée.

**Aucun délai d'attente ne sera appliqué aux prestations mentionnées dans le tableau des garanties, exception faite d'une période non abrogeable de 6 mois sur l'allocation Obsèques.**

## TERRITORIALITÉ

La garantie du contrat **MON PROJET SANTE +** s'exerce en France Métropolitaine ou dans un Département d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte). Elle s'étend aux accidents, maladies et hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'Assuré s'applique et que les séjours en-dehors des territoires français et monégasque ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

## LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS

Les exclusions relatives à la Garantie santé

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation relatifs à des actes ou soins commencés ou prescrits avant la date d'effet ainsi que ceux qui sont la conséquence :

- ▶ De la pratique par l'Assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record,
- ▶ De l'alcoolisme, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'Assuré,
- ▶ D'un acte intentionnel de la part de l'Assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente,
- ▶ De la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'Assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense),
- ▶ Des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'Assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

De plus ne sont pas pris en charge :

- ▶ Les séjours en établissements hélio-marins ou de thalassothérapie,
- ▶ Les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties,
- ▶ Les frais relatifs aux établissements de longs séjours, de gériatrie, de retraite, d'hospice,
- ▶ Les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites,
- ▶ Les prothèses dentaires provisoires,
- ▶ Les séjours et frais relatifs aux établissements ou service de désintoxication, de post cure, les CCAA, ainsi que les CAARUD,
- ▶ Les frais ou séjours en établissements médico-sociaux, ainsi que les LHSS,
- ▶ Les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin-Conseil de HENNER indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'Assuré.

Toutefois en cas de survenance d'un ou des événements mentionnés ci-dessus la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

En aucun cas, le versement à titre exceptionnel d'une participation sur une prestation non garantie par le contrat **MON PROJET SANTE +** ne pourra être considéré comme l'acceptation tacite du risque par HENNER.

Limitations aux frais de santé

- ▶ **Les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle sont limités à 90 jours par an et par Assuré pour l'ensemble de ces séjours,**
- ▶ **Les séjours dans les établissements ou service de psychiatrie sont limités à 30 jours par an et par Assuré,**
- ▶ **La prise en charge des consultations effectuées par un psychiatre, un neuropsychiatre, ainsi qu'un pédopsychiatre, est limitée toutes spécialités confondues, à 6 par an et par Assuré, dès lors et même si ces soins ont fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire.**

## VOS DECLARATIONS

A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat **MON PROJET SANTE +**, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre contrat. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

En cours d'adhésion

Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- ▶ Toute modification des éléments spécifiés au certificat d'adhésion,
- ▶ Les changements ou cessation d'affiliation d'un des Assurés à un Régime Obligatoire,
- ▶ Les changements de domicile.

Si les éléments modifiés constituent :

- ▶ **Une aggravation de risque** (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de garantie, vous devrez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification. Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant préavis de 10 jours.
- ▶ **Une diminution de risque**, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

Pour toute inscription d'un nouvel Assuré dans le cadre de votre adhésion, il faut procéder aux déclarations prévues.

Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'Adhérent et les éventuels Assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celle relative au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à HENNER par écrit, ou à défaut, confirmées par elle-même, dans un document écrit lorsque vous l'aurez informée par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire HENNER ou l'Assureur en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

## VOS COTISATIONS

La base de calcul et le montant de vos cotisations

### En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation est mentionné sur la demande d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, des éventuelles options sélectionnées, de l'âge des Assurés, du lieu de votre domicile, de la composition familiale et/ou du (ou des) Régime(s) Obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la prise d'effet des garanties.

### En cours d'adhésion :

En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel pendant toute la durée de vie de votre adhésion de 2 % jusqu'à l'âge de 59 ans, de 3% jusqu'à l'âge de 69 ans et de 3,5% à partir de 70 ans.

En cas d'ajout d'un nouvel Assuré, la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur la nouvelle demande d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Votre cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des Assurés.

Elle peut également évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

**Pour la détermination du montant de la cotisation, l'âge de(s) l'Assuré(s) retenu est celui à la date d'effet ou de modification du contrat.**

### La variation de vos cotisations :

Lors de chaque échéance principale votre cotisation, en-dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des Assurés, évoquée ci-dessus :

Évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.

Pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives du contrat.

Pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et/ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

### Le paiement de vos cotisations :

Votre cotisation est mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle et payable d'avance à HENNER.

Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur la demande d'adhésion.

### Le non-paiement de vos cotisations :

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivant son échéance, HENNER pourra, indépendamment de notre droit, poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure.

Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

## LA MODIFICATION DE VOS GARANTIES

Vous pourrez modifier vos garanties à chaque échéance principale sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date, et sous réserve de respecter les limites d'âge d'accès aux garanties fixées par la présente notice d'information.

En cas d'augmentation de garantie, les plafonds dentaires de première année du nouveau niveau de garantie sont applicables. De même, les bonus consommation responsable du nouveau niveau de garanties sont applicables.

La souscription des Renforts, Niveau 1, Niveau 2, Niveau 3 et Niveau 4 en cours d'adhésion est assujettie à un délai d'attente de 3 mois.

# QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

## Votre garantie santé

**Les garanties du contrat MON PROJET SANTE +** interviennent sur les dépenses de santé engagées par l'Assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé à la demande d'adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants et participations qui y sont indiqués.

Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.

En tout état de cause, vous ne pourrez percevoir, au titre de votre adhésion au contrat **MON PROJET SANTE +**, pour vous-même, ou l'un des membres de votre famille assuré, un remboursement dont le montant, cumulé à ceux perçus par le Régime Obligatoire et le ou les éventuelles assurances complémentaires, serait supérieur à celui des frais réellement engagés.

L'ensemble des garanties et renforts sont souscrits obligatoirement pour les mêmes niveaux pour tous les membres de la famille.

**La justification des frais engagés** pour les dépenses garanties s'effectue sur les bases suivantes :

### Frais faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire : le montant est celui, tel qu'il figure :

- ▶ Dans le fichier télétransmis par le centre de traitement à HENNER (procédure de télétransmission avec votre caisse obligatoire),
- ▶ Ou sur les originaux de la feuille de soins ou le bordereau de remboursement établi par son centre de traitement,
- ▶ Et lorsque les frais ont fait l'objet d'une prise en charge par un précédent régime complémentaire, le décompte de remboursement original de ce dernier.

**Frais ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire** : le montant est celui figurant sur les factures des professionnels de santé.

**La date prise en compte pour la prise en charge** des dépenses de santé garanties est celle qui correspond aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire. En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

Lorsque la prestation garantie est exprimée sous la forme « par an », « par année », ou « forfait annuel » elle s'entend par année d'assurance, selon la définition qui en est précisée au lexique.

**Nos remboursements viennent en complément de ceux faisant l'objet d'un remboursement du Régime Obligatoire de Sécurité Sociale de l'Assuré** (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les Assurés pourraient être garantis.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Tarification à l'Acte (T2A), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

**Certains frais non pris en charge par le Régime Obligatoire de Sécurité Sociale de l'Assuré**, peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint à la demande d'adhésion.

**Cas particulier des Praticiens de santé non pris en charge par le RO** : Les consultations des praticiens de santé non pris en charge par le régime de base et listées dans le tableau des garanties sont prises en charge dans la limite de la prestation maximum par consultation et dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

**Cas particulier des prestations non remboursées par le RO** : Certains honoraires, médicaments et actes de prévention listés au tableau des garanties, médicalement prescrits et non remboursés par le Régime Obligatoire de l'Assuré peuvent faire l'objet d'une prise en charge à hauteur de 50 % des dépenses réelles dans la limite du montant du forfait annuel précisé dans la formule de garantie souscrite.

**Hospitalisation en établissement non conventionné** : Les frais de séjour en établissement non conventionné sont pris en charge dans la limite de :

- ▶ Formule Socle de Base : 125% B.R
- ▶ Formules Socle de Base + Renfort 2 : 150% B.R
- ▶ Formules Socle de Base + Renfort 3 : 175% B.R
- ▶ Formules Socle de Base + Renfort 4 : 225% B.R.

**Bonus Optique** : Si HENNER n'a effectué à l'Assuré aucun remboursement au cours de l'année d'assurance précédente, concernant des frais d'optique, le forfait annuel optique prévu pour l'année en cours sera majoré comme indiqué sur le tableau de garantie au regard de la formule souscrite.

**Limites annuelles de remboursement du poste dentaire** : Le remboursement des frais engagés pour les frais dentaires fait l'objet d'une limitation, appréciée par année d'assurance, dont le montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule de garantie souscrite à la demande d'adhésion.

**Renforts de garanties** : Les renforts sont optionnels et souscrits pour une durée minimale de douze mois. Ils permettent à l'Adhérent de renforcer les garanties en complément de la formule Socle de base.

## Votre garantie Allocation Obsèques

Cette garantie assure le versement d'une allocation obsèques de 500 Euros prévue en cas de décès d'un Assuré avant l'âge de 65 ans. Cette allocation est soumise à un délai d'attente non abrogeable de 6 mois, sauf si le décès survient à la suite d'un accident.

Pour les enfants de moins de 12 ans, conformément à la législation, le montant de l'allocation est limité au montant des frais engagés pour les obsèques.

## Les services complémentaires proposés

**Tiers-payant** : une carte de tiers-payant est délivrée à l'Adhérent par HENNER lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux Assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers-payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers-payant, HENNER pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés. L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

**Les Services d'Assistance** : les Assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance qui les accompagnent en cas de besoin:

- ▶ Assistance Santé Vie quotidienne
- ▶ Assistance Service à la personne
- ▶ Assistance Protection Juridique

Les conditions de votre garantie assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

**La télétransmission** : les Assurés relevant du Régime Général, de la RAM et de la GAMEX, peuvent demander à bénéficier de la télétransmission informatique de leurs décomptes de prestations de soins à HENNER.

Ce service permet à HENNER d'effectuer le traitement des prestations complémentaires à celles versées par le Régime Obligatoire et d'en adresser le règlement à l'Adhérent. Les Assurés s'évitent ainsi l'envoi des décomptes papiers (sous réserve de la présence sur le décompte de la mention « copie transmise pour information à votre organisme complémentaire »). Cette liaison est réalisée pour chacune des personnes assurées, à réception de la copie de l'attestation papier d'Assuré social délivrée avec sa carte VITALE. Le dysfonctionnement dans les liaisons avec le centre de gestion du Régime Obligatoire de l'Assuré peut affecter le bon fonctionnement de service qui ne pourra être attribué à HENNER, et constituer, pour l'Assuré, un motif valable pour formuler une demande de résiliation hors échéance.

## COMMENT OBTENIR LE RÈGLEMENT DE VOS PRESTATIONS ?

### Les documents que vous devez transmettre :

Lorsque l'Assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à transmettre à HENNER - GMC sont les suivants :

**Hospitalisation** : L'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens et des médecins anesthésistes présentant la cotation détaillée des actes.

**La médecine courante, la pharmacie** : L'original du décompte du régime de base.

**Le dentaire** : L'original du décompte du régime de base. Pour les prothèses et l'orthodontie, l'original de la facture détaillée du praticien et acquittée de tous les actes.

**L'optique** : L'original du décompte du régime de base et/ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien, ainsi que la prescription médicale de l'ophtalmologiste pour tout achat de lentilles non remboursables par le RO.

**Chirurgie réfractive des yeux** : la prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.

**Appareillage (prothèse auditive, prothèse orthopédique, gros appareillage)** : l'original du décompte du régime de base, ainsi que la facture détaillée acquittée.

**Ostéopathie et chiropractie** : La note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

**Vaccins, pilules et médicaments non remboursés par le RO** : la copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée.

**Forfait annuel cure thermique** : la facture des frais de transports (copie billet de train, avion), et des frais d'hébergement (hôtel, ou locations diverses : camping, gîte, etc.) y compris justificatifs de la Sécurité Sociale.

**Allocation obsèques** : l'original de l'acte de décès, le cas échéant les factures acquittées relatives aux frais d'obsèques, et dans certains cas un acte de notoriété.

Si l'Assuré, préalablement à sa demande de remboursement présentée à HENNER, a déjà bénéficié d'une prise en charge de ses frais par un premier organisme complémentaire, il devra, en complément des pièces et éléments mentionnés ci-dessus, communiquer le décompte original de ce régime complémentaire.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, HENNER pourra être amené à demander aux Assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

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

Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

### Contrôle des dépenses :

HENNER et l'Assureur se réservent la possibilité de demander aux Assurés :

Tous renseignements ou documents dont ils jugeraient utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces documents ont un caractère médical, l'Assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de HENNER.

De se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'Assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

## Arbitrage :

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'Assuré et nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3ème médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3ème médecin et des frais de sa nomination.

## Le paiement des prestations :

**Les dépenses de santé :** A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des Assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'État Français.

**L'Allocation Obsèques :** Cette allocation sera versée, en cas de décès de l'Assuré avant 65 ans, sur présentation du certificat de décès ou l'émission d'un bon de prise en charge valable auprès de toute entreprise de pompes funèbres. Elle est versée au Conjoint de l'Assuré, à défaut ses Enfants, à défaut ses Parents. Elle peut également être versée à la personne qui a effectué le paiement des frais d'obsèques, sur présentation de la facture acquittée.

Pour les enfants de moins de douze ans, l'indemnisation ci-dessus des frais funéraires sera conditionnée à la présentation de la facture et sera versée à l'Adhérent, même si ces frais ont été acquittés par une tierce personne.

## RÉSILIATION

### L'adhésion peut être résiliée :

#### Par l'Adhérent :

A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale, moyennant un préavis de deux mois au moins (Art. L 113-12 du Code des assurances).

**Important :** reconduction tacite des contrats : conformément à l'article L113.15.1 du Code des assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Châtel).

#### De plein droit :

En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

En cas de décès de l'Adhérent. S'il n'est pas seul Assuré, l'adhésion continuera de produire ses effets à l'égard des autres Assurés, à charge pour eux d'exécuter les obligations dont l'Adhérent était tenu, jusqu'à l'échéance principale suivante.

#### Contractuellement :

En cas de perte de la qualité d'Assuré social de l'Adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres Assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

### Les modalités de la résiliation :

La résiliation par l'Adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception et adressé au siège administratif de HENNER, Département des particuliers, 10 rue Henner 75459 Paris Cedex 09.

La résiliation par l'Assureur sera notifiée par HENNER à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

**Pour toute demande de résiliation, l'Assuré sera tenu de restituer à HENNER l'original de la carte de tiers-payant en cours de validité.**

### Les conséquences de la résiliation :

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation, de même que pour les événements garantis en cas de décès.

Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation.

#### En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L 112-9-1 du Code des assurances.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation l'Assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets.

L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

#### En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L 112-2-1 du Code des assurances et L 121.20-8 du Code de la consommation (commercialisation à distance) :

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'Adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

## PRESCRIPTION

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

**Article L114-1 :** Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

**Article L114-2 :** La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

**Article L114-3 :** Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

## SUBROGATION

L'Adhérent ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'Assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'Adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable (Article L.121.12 du Code des Assurances).

## INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite «informatique et libertés», modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès de HENNER, Département des Particuliers, 10 rue Henner 75459 Paris Cedex 09.

**Les données personnelles recueillies seront utilisées par HENNER, les Assureurs et réassureurs pour :**

Le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel.

L'envoi de documents sur les produits proposés par HENNER. Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus.

L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

## LES RÉCLAMATIONS - LA MÉDIATION

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé à HENNER, Département des Particuliers, 10 rue Henner 75459 Paris Cedex 09. Si un différend persistait après la réponse apportée, vous aurez la faculté de demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les coordonnées du Médiateur seront communiquées sur simple demande au siège social de l'Assureur : CAMEIC - 25 rue de Madrid, 75008 Paris.

## AUTORITÉ DE TUTELLE

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

## POSSIBILITÉ DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de son adhésion (date indiquée sur la demande d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L.112-9 du Code des assurances ou par les articles L.112- 2-1 du code des assurances et L.121-20-8 et suivants du Code de la consommation.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à HENNER -10 rue Henner 75459 Paris Cedex 09. **Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.**

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la Lettre Recommandée A.R par HENNER 10 rue Henner 75459 Paris Cedex 09.

L'Assuré devra joindre à son envoi la carte de tiers-payant en cours de validité, si cette dernière est en sa possession à la date de sa demande. De même il s'engage à la restituer dans les plus prompts délais, si cette dernière lui parvenait ultérieurement.

Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article de la présente notice d'information.

**Article L112-9-1 premier alinéa du Code des assurances :**

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec 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 (...). Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation»

**Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2-1 du Code des assurances et L121-20-8 et suivants du Code de la consommation :** L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur la demande d'adhésion) à la demande expresse de l'Adhérent.

La cotisation, dont il est redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de son adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et la date de réception de son éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

### **Modèle de lettre de renonciation :**

*Messieurs,*

*Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat **MON PROJET SANTE +** (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date).*

*(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.*

*(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.*

*A : (Indiquer le lieu)*

*Le : (Indiquer la date)*

**IMPORTANT** : pour que les prestations garanties soient acquises, GARANTIE ASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone, fax) et avoir donné son accord préalable. Vous pouvez joindre GARANTIE ASSISTANCE :

De France -Tel : 01 70 36 06 65 / Fax : 01 53 21 70 49 - De l'étranger - Tel : 33 1 70 36 06 65

	IMMOBILISATION OU HOSPITALISATION	ATTEINTE CORPORELLE GRAVE	DECES	IMMOBILISATION HOSPITALISATION D'UN ENFANT DE MOINS DE 16 ANS
<b>ACHEMINEMENT DE MEDICAMENTS (en cas d'immobilisation)</b>	Frais de livraison sont pris en charge par GA, les frais de médicaments sont à votre charge	-	-	-
<b>ENVOI D'UN MEDECIN (en cas d'immobilisation)</b>	Frais et honoraires à votre charge	-	-	-
<b>ORGANISATION DE SOINS A DOMICILE</b>	Frais et honoraires à votre charge	-	-	-
<b>TRANSFERT A L'HOPITAL ET RETOUR AU DOMICILE</b>	Aller-retour en ambulance, VSL ou taxi. Prise en charge en complément des remboursements de la Sécurité Sociale et de la mutuelle	-	-	-
<b>VOYAGE ET HEBERGEMENT D'UN PROCHE</b>				
▶ Transfert d'un proche au chevet	Transfert A/R train ou avion en France	-	-	-
▶ Frais d'hébergement	2 nuits maxi à concurrence de 160 € TTC	-	-	2 nuits maxi à concurrence de 160 € TTC
<b>GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS</b>				
▶ Garde au domicile	Pendant 2 jours maxi à raison de 10 heures par jour + Frais de déplacement de la personne chargée de la garde à hauteur de 150 €	-	Pendant 2 jours maxi à raison de 10 heures par jour + Frais de déplacement de la personne chargée de la garde à hauteur de 150 €	Pendant 2 jours maxi à raison de 10 heures par jour + Frais de déplacement de la personne chargée de la garde à hauteur de 150 €
▶ Ou, transfert chez un proche	Transfert A/R train ou avion en France	-	Transfert A/R train ou avion en France	Transfert A/R train ou avion en France
▶ Ou, transfert d'un proche au domicile	Transfert A/R train ou avion en France	-	Transfert A/R train ou avion en France	Transfert A/R train ou avion en France
▶ Ou, conduite à l'école	10 allers-retours dans un rayon de 25 km du domicile et dans la limite de 500 €	-	10 allers-retours dans un rayon de 25 km du domicile et dans la limite de 500 €/événement	10 allers-retours dans un rayon de 25 km du domicile et dans la limite de 500 €/événement
<b>GARDE DES ASCENDANTS</b>				
▶ Garde au domicile	Pendant 2 jours maxi à raison de 10 heures par jour + frais de déplacement de la personne dans la limite de 150 €	-	-	-
▶ Ou, transfert chez un proche	Transfert A/R train ou avion en France	-	-	-
▶ Ou, transfert d'un proche au domicile	Billet A/R train ou avion en France	-	-	-
<b>AIDE MENAGERE</b>	20 heures de travail effectif réparties sur une période de 15 jours consécutifs maximum	-	20 heures de travail effectif réparties sur une période de 15 jours consécutifs maximum	-
<b>ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE</b>	-	3 entretiens téléphoniques maximum	3 entretiens téléphoniques maximum	-
<b>ACCOMPAGNEMENT MEDICO SOCIAL</b>	-	OUI	OUI	-

<b>ASSISTANCE OBSEQUES</b>	-	-	Aide à l'organisation. Frais d'obsèques restent à votre charge	-
<b>AVANCE DE FONDS</b>	-	-	1000 € maximum	-
<b>ECOLE A DOMICILE</b>	-	-	-	A compter du 16 <sup>e</sup> jour consécutif d'absence. Maximum : 10 heures de cours par semaine
	<b>GROSSESSE</b>	<b>ACCOUCHEMENT</b>	<b>DANS LES SIX MOIS SUIVANT L'ACCOUCHEMENT</b>	<b>PROCREATION ASSISTEE OU ADOPTION</b>
<b>ACHEMINEMENT DE MEDICAMENTS</b>	Les frais de livraison sont pris en charge par GA, les frais de médicaments sont à votre charge	-	-	-
<b>TRANSFERT A LA MATERNITE ET RETOUR AU DOMICILE</b>	-	Aller-Retour en ambulance, VSL ou taxi. Prise en charge en complément des remboursements de la Sécurité Sociale et de la mutuelle	-	-
<b>GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS</b>				
▶ Garde au domicile	Pendant 2 jours maxi à raison de 10 heures par jour + Frais de déplacement de la personne chargée de la garde à hauteur de 150 €	Pendant 2 jours maxi à raison de 10 heures par jour + Frais de déplacement de la personne chargée de la garde à hauteur de 150 €	Pendant 2 jours maxi à raison de 10 heures par jour + Frais de déplacement de la personne chargée de la garde à hauteur de 150 €	-
▶ Ou, transfert chez un proche	Transfert A/R train ou avion en France	Transfert A/R train ou avion en France	Transfert A/R train ou avion en France	-
▶ Ou, transfert d'un proche au domicile	Transfert A/R train ou avion en France	Transfert A/R train ou avion en France	Transfert A/R train ou avion en France	-
▶ Ou, conduite à l'école	10 allers-retours dans un rayon de 25 km du domicile et dans la limite de 500 €/événement	10 allers-retours dans un rayon de 25 km du domicile et dans la limite de 500 €/événement	10 allers-retours dans un rayon de 25 km du domicile et dans la limite de 500 €/événement	-
<b>AIDE MENAGERE</b>	20 heures de travail effectif réparties sur une période de 15 jours consécutifs maximum	20 heures de travail effectif réparties sur une période de 15 jours consécutifs maximum	20 heures de travail effectif réparties sur une période de 15 jours consécutifs maximum	-
<b>ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE</b>	-	-	3 entretiens téléphoniques maximum	3 entretiens téléphoniques maximum
<b>ACCOMPAGNEMENT MEDICO SOCIAL</b>	-	-	-	OUI
<b>INFORMATION THEMATIQUE SANTE</b>	OUI	-	-	-
<b>INFORMATION PRATIQUE</b>	OUI	-	OUI	En cas d'adoption uniquement
<b>ORGANISATION DES DEPLACEMENTS POUR EXAMENS MEDICAUX ET ANALYSES</b>	Aller-Retour en ambulance, VSL ou taxi. Prise en charge en complément des remboursements de la Sécurité Sociale et de la mutuelle	-	-	-
<b>PRESENCE D'UN PROCHE AU DOMICILE</b>	-	Transfert A/R train ou avion en France.	Transfert A/R train ou avion en France.	-

## DEFINITIONS

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

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

**Conjoint** : le conjoint proprement dit de l'Adhérent, ou son concubin ou son partenaire lié par Pacte Civil de Solidarité.

**Domicile** : le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires, situé en France Métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco, mentionné aux dispositions particulières du contrat frais de santé souscrit auprès de HENNER.

**Enfant** : l'enfant de l'Adhérent et/ou de son conjoint.

**Événement** : selon la garantie sollicitée, la maladie, l'accident, l'agression physique, le décès, la grossesse, l'accouchement ou la maternité.

**Frais de séjour** : frais d'hôtel petit-déjeuner continental inclus.

**France** : France Métropolitaine (Corse incluse), Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion, Mayotte ainsi que Principautés de Monaco et d'Andorre. Pour l'application des garanties Transfert à l'hôpital (ou service maternité) et retour au domicile, voyage et hébergement d'un proche, garde des enfants de moins de 16 ans, garde des ascendants dépendants et présence d'un proche au domicile, on distingue deux zones de résidence :

- ▶ **Zone outre marine** : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Mayotte ou Réunion.
- ▶ **Zone européenne** : France métropolitaine (Corse incluse) et principauté de Monaco.

**Hospitalisation** : tout séjour dans un établissement de santé supérieur à 48 heures consécutives (sauf durée spécifique à une garantie), effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un accident ou d'une maladie.

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

**Immobilisation** : toute immobilisation temporaire au domicile, supérieure à 5 jours consécutifs, médicalement prescrite, et consécutive à un accident ou une maladie.

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

## VALIDITE TERRITORIALE

Les garanties d'assistance sont utilisables au domicile du bénéficiaire en France Métropolitaine (Corse incluse), Guadeloupe, Martinique, Guyane, Mayotte et Réunion ainsi que Principauté de Monaco.

S'agissant des garanties Transfert à l'hôpital (ou service maternité) et retour au domicile, voyage et hébergement d'un proche, garde des enfants de moins de 16 ans, garde des ascendants dépendants et présence d'un proche au domicile, la totalité de la prestation d'assistance (point de départ et d'arrivée du transfert, de l'acheminement ou du transport) est fournie au sein de la zone de résidence du bénéficiaire (cf. définition de la France au paragraphe ci-dessus).

## NECESSITE DE L'APPEL PREALABLE

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

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de G.A.

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire (ou toute autre personne agissant en son nom) doit :

Contacter G.A. sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant),

**Fournir les renseignements suivants :**

- ▶ Le numéro du contrat d'assurance ou d'adhésion,
- ▶ Son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté,
- ▶ La nature des difficultés motivant l'appel,
- ▶ Les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que G.A. puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, préparer le rapatriement et l'admission de la victime dans un établissement hospitalier ou une clinique choisie par les médecins ou par le patient (avec l'accord de ces derniers).

## ENGAGEMENTS FINANCIERS

Sans préjudice des règles exposées ci-dessus, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à G.A. devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

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

### Avance de frais

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

## Conditions préalables au versement de l'avance par G.A.

À titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance consentie, **G.A. adressera un certificat d'engagement au bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à G.A.**

**L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par G.A.**

Le bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à G.A. un chèque certifié ou un chèque de banque.

## Délai de remboursement de l'avance à G.A.

**Le bénéficiaire s'engage à rembourser à G.A. la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance. A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et G.A. pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.**

## CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

Dans tous les cas, **la nature de l'assistance et le choix des moyens** à mettre en œuvre pour répondre à la demande du bénéficiaire **relèvent de la décision du médecin de G.A.** qui recueille, si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

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

Afin de permettre au médecin de G.A. de prendre sa décision, il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout justificatif médical de l'événement soudain et imprévisible qui conduit le bénéficiaire à solliciter son assistance.

Le cas échéant, G.A. recommande au bénéficiaire d'adresser ces documents sous pli confidentiel à l'attention du service médical de GARANTIE ASSISTANCE.

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

## EXCLUSIONS

**G.A. ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais de transport primaire engagés.**

**G.A. ne garantit pas les événements suivants et leurs conséquences :**

- ▶ Les hospitalisations répétitives pour une même cause ;
- ▶ Les hospitalisations de long séjour ;
- ▶ Les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- ▶ Les maladies mentales ;
- ▶ Les états de grossesse (sauf pour les garanties spécifiques) ;
- ▶ Les accouchements (sauf pour les garanties spécifiques) ;

- ▶ Les états pathologiques faisant suite à une Interruption Volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée ;
- ▶ Toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique notamment) ;
- ▶ Les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile ;
- ▶ Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ;
- ▶ Les conséquences d'un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique tel que visé à l'article R.234-1 du Code de la route ;
- ▶ Les conséquences d'un conflit armé (guerre étrangère ou civile), d'une émeute,
- ▶ Les conséquences de la participation volontaire du bénéficiaire à un acte de terrorisme ou de sabotage, un crime, un délit, une rixe, un pari ou un défi.
- ▶ Les accidents et décès survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires.

## PRESTATIONS GARANTIES

### Assistance information

INFO SANTE est un service d'informations générales animé par les médecins de G.A. et destiné à répondre à toute question de nature médicale, dans les domaines suivants :

**Information d'ordre général** : la santé, les vaccinations, la mise en forme, la diététique.

**Information spécifique** : en cas de maladie, les pathologies type Parkinson, Alzheimer, SIDA, allergies par exemple : traitements et conséquences, évolution de la maladie, risque de transmission génétique, risque de contagion pour l'entourage.

**Information accessible en cas de Grossesse** : la santé de la femme enceinte, la nutrition, l'accouchement, les risques liés à certaines activités, le bébé, le calendrier vaccinal.

**Information pratique pendant la grossesse et dans les six premiers mois suivant l'accouchement** : les modes de garde, les maternités et leur classification, les démarches administratives durant la grossesse et après l'accouchement, le congé parental, la déclaration de la naissance, les incidences fiscales de l'arrivée du nouveau-né.

**Information pratique dans le cadre d'un projet de procréation médicalement assistée ou un projet d'adoption**: les démarches à accomplir pour une assistance à la procréation médicalement assistée, les techniques, l'orientation dans le système de soins, la terminologie médicale, les démarches à accomplir pour une adoption, la législation, les agréments, l'adoption internationale.

**Les prestations d'information « Santé »** ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer la consultation du médecin traitant. Cette assistance téléphonique est accessible, du lundi au samedi de 9H à 19H, sur simple appel du bénéficiaire.

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

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

**Les prestations d'information juridique** n'ont pas vocation à remplacer une consultation et, de ce fait, relèvent du champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971.

La responsabilité de G.A. ne pourra être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte par le bénéficiaire du ou des renseignement(s) qui lui ont été communiqué(s).

### Autres garanties (cf tableau synoptique des garanties)

Le bénéficiaire peut solliciter GARANTIE ASSISTANCE au titre de la Protection Juridique Santé en cas de litige l'opposant à un Tiers (professionnel de santé, établissement de soins ou organisme de base de la Sécurité Sociale), ayant pour cause directe et exclusive l'un des événements visés aux paragraphes ci-dessous.

Pour l'application des garanties de Protection Juridique Santé, on entend par :

**CRCI** : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes (provoquées par un acte médical ou un médicament même en l'absence de faute d'un professionnel) et aux infections nosocomiales (contractées lors d'un séjour en établissement de santé ou en cabinet médical) ainsi que les autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes producteurs de produits de santé ;

**PROFESSIONNELS DE SANTE** : médecin, chirurgien, sage-femme, dentiste, ostéopathe, chiropracteur, pharmacien et préparateur en pharmacie, auxiliaires médicaux, infirmier, masseur kinésithérapeute, électro cardiologue ou diététicien ;

**TIERS (ou adversaire)** : il s'agit de la personne physique ou morale à laquelle le bénéficiaire est opposé dans le cadre d'un litige et qui n'a pas la qualité de bénéficiaire au titre de ce contrat. GARANTIE ASSISTANCE, son gestionnaire et HENNER n'ont pas la qualité de tiers dans ce contrat ;

**LITIGE (ou sinistre)** : situation conflictuelle causée par un événement préjudiciable opposant le bénéficiaire à un (des) tiers (professionnels de santé ou établissement de soins, organisme de Sécurité Sociale) ayant pour conséquence directe et exclusive l'un des événements visés au paragraphe « LITIGES GARANTIS » et conduisant le bénéficiaire à faire valoir un droit contesté.

La garantie de G.A. s'exerce dans le cadre de tout litige visé au paragraphe suivant et relevant de la compétence territoriale des juridictions françaises.

## LITIGES GARANTIS

### Litiges médicaux

G.A. intervient en cas de litige opposant le bénéficiaire à un professionnel de santé ou un établissement de santé (privé ou public), consécutif à :

- ▶ Un accident médical survenu à l'occasion d'un acte médical de prévention, de diagnostic ou de soins,
- ▶ Une affection iatrogène ou une infection nosocomiale survenue à l'occasion d'un acte médical de prévention, de diagnostic ou de soins,
- ▶ Un refus de communication du dossier médical ou une information médicale insuffisante,
- ▶ Une erreur médicale fautive,
- ▶ Un recours à des produits défectueux.

## LITIGES OPPOSANT LE BÉNÉFICIAIRE A UN ORGANISME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE POUR LES BRANCHES ASSURANCE MALADIE ET VIEILLESSE

G.A. intervient en cas de litige opposant le bénéficiaire à un organisme de Sécurité Sociale d'assurance maladie, vieillesse ou prévoyance, relatif à :

- ▶ Un refus de remboursement de prestations de santé ;
- ▶ Un refus de remboursement de soins médicalement prescrits ou un refus d'entente préalable ;
- ▶ Un désaccord sur le calcul de la pension de retraite ;
- ▶ Un désaccord lié à l'état ou au taux d'invalidité ou d'incapacité, et à l'appréciation de l'état d'inaptitude à l'égard des avantages de vieillesse.

## MONTANTS GARANTIS

Attention : la prise en charge maximale de G.A. **est limitée à 20.000 €** par litige quel que soit le stade des démarches (amicales ou contentieuses) ou de la procédure (première instance, appel, cassation, etc.) et le nombre d'adversaires mis en cause par le bénéficiaire dans le cadre de ce litige, étant précisé que :

**SEUIL D'INTERVENTION** : G.A. intervient dès lors que l'intérêt du litige opposant le bénéficiaire à son (ses) adversaire(s) s'élève au minimum à :

- ▶ 200€ TTC pour une procédure amiable ;
- ▶ 500€ TTC pour une procédure judiciaire.

**PROCEDURE AMIABLE** : la prise en charge par G.A. des frais d'honoraires, d'actes et de procédure engagés dans le cadre d'un litige garanti est limitée à 765 € par litige et ne peut pas dépasser les plafonds de garantie suivants :

Prestations garanties dans le cadre d'une procédure amiable	Prise en charge (TTC) maximum par litige
Assistance de l'Adhérent pour la constitution du dossier, l'élaboration de l'argumentation et la discussion avec l'adversaire.	350 €
Tierce Personne	350 €
Consultation d'un expert	350 €
Expertise amiable	500 €
Etablissement d'une transaction	500 €
Expertise préalable à la saisine de la CRCI	500 €
Constat d'huissier	350 €
Médiation pénale	500 €
Recours amiable auprès de l'organisme de Sécurité Sociale	500 €

**PROCEDURE CONTENTIEUSE** : la prise en charge par G.A. des frais d'honoraires, d'actes et de procédure engagés dans le cadre d'un litige garanti intervient dans les limites suivantes :

Prestations garanties dans le cadre d'une procédure contentieuse	Prise en charge (TTC) maximum par litige
Assistance de l'Adhérent pour la constitution du dossier, l'élaboration de l'argumentation et la discussion avec l'adversaire.	350 €
Tierce Personne	350 €
Expertise Judiciaire	2 300 €
Etablissement d'une transaction	500 €
Constat d'huissier	350 €
Requête en Injonction de faire ou de Payer	500 €
Procédure d'urgence (référé)	600 €
Référé expertise – Référé provision	750 €

Tribunal d'Instance	750 €
Ordonnance du Juge de la Mise en Etat	500 €
Tribunal de Grande Instance	1 000 €
Tribunal Administratif	1 000 €
Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale	750 €
Tribunal du Contentieux de l'Incapacité	1 000 €
Tribunal de Police (avec ou sans constitution de Partie Civile)	1 000 €
Tribunal Correctionnel (avec ou sans constitution de Partie Civile)	1 000 €
Autres juridictions ou commissions	750 €
Procédure d'Appel	1 000 €
Pourvoi en Cassation	1 850 €
Pourvoi devant le Conseil d'Etat	1 700 €
Voies d'exécution d'une décision	600 €

## CONTENU DES GARANTIES

Dans le cadre d'un litige garanti et dans les limites mentionnées au paragraphe « MONTANTS GARANTIS » ci-dessus, G.A. et son gestionnaire fournissent avis et conseil, assistance (ou représentation) du bénéficiaire dans ses démarches amiables si nécessaires, orientation vers tout expert et prise en charge de ses honoraires et en cas d'échec de la voie amiable préalable, représentation des intérêts du bénéficiaire par un avocat devant la juridiction compétente.

## MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE

### Déclaration

Le bénéficiaire doit déclarer à Garantie Assistance, 38 rue de la Bruyère, 75009 PARIS tout sinistre susceptible d'ouvrir droit à garantie dans un délai de 60 jours de sa connaissance et pendant la période contractuelle, sauf cas fortuit ou de force majeure et, en tout état de cause avant toute initiative de sa part.

A défaut, il sera déchu de son droit à garantie, sous réserve pour l'Assureur d'établir qu'il a subi un préjudice du fait de ce retard conformément à l'article L. 113-2 4° du Code des assurances.

L'accompagnement est déclenché par l'appel téléphonique du bénéficiaire auprès de la plateforme constituée à cet effet au 01.70.36.06.65. La demande du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué.

Le bénéficiaire est tenu de communiquer au médecin en charge du dossier toutes les pièces s'y rapportant.

## Engagement financier

Pour la mise en œuvre des prestations garanties G.A. doit avoir été prévenue (téléphone ou fax) et avoir donné son accord préalable.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage d'une prestation garantie sans l'accord de G.A. ne sera pas prise en charge, sauf si les moyens engagés sans accord préalable étaient justifiés par l'urgence.

## Gestion du dossier

L'Assureur confie la gestion du dossier du bénéficiaire, sans préjudice des dispositions de l'article L127-3 alinéa 2 du Code des Assurances, à son gestionnaire du dossier : GIE CIVIS 90, avenue de Flandre, 75019 PARIS.

## Choix de l'avocat

Conformément à l'article L.127.3 du Code des Assurances, G.A. s'engage à respecter le principe du libre choix de l'avocat auquel le bénéficiaire souhaite confier la défense de ses intérêts.

Le bénéficiaire pourra demander à G.A. de lui communiquer les coordonnées d'un avocat.

## Direction du procès

En cas de procédure contentieuse, le bénéficiaire a la direction du procès. G.A. et son gestionnaire demeurent à sa disposition pour fournir l'une des prestations prévues au contrat.

En cas de désaccord de G.A. notamment sur les choix procéduraux retenus par le bénéficiaire, il sera fait application des règles exposées au paragraphe « RESOLUTION DE CONFLITS ».

## Remboursement des frais & honoraires

Lorsque le bénéficiaire a engagé des frais et honoraires garantis dans le cadre d'un litige, G.A. s'engage à les lui rembourser dans les meilleurs délais dès réception des justificatifs correspondants.

Si le bénéficiaire a consenti une délégation d'honoraires à l'avocat en charge de la représentation de ses intérêts, G.A. s'engage à régler à cet avocat toute note de frais et honoraires dans les limites prévues au paragraphe « MONTANTS GARANTIS ».

S'agissant des frais et honoraires (dépens et frais irrépétibles de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, de l'article 475-1 du Code Procédure Pénale ou de l'article L.761-1 du Code de Justice Administrative) engagés par le bénéficiaire et G.A. dans le cadre du litige et dont le remboursement est fixé par accord amiable ou décision de justice, la somme sera répartie comme suit :

- ▶ Le bénéficiaire percevra la part des sommes allouées à ce titre nécessaire à la couverture des dépenses effectivement demeurées à sa charge définitive ;
- ▶ Au-delà, G.A. sera subrogée dans ses droits et actions à concurrence des dépenses de cette nature engagées par elle.

## Résolution de conflits

Conformément à l'article L.127-4 du Code des assurances, en cas de désaccord entre G.A. et le bénéficiaire au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, deux options s'offrent au bénéficiaire :

Soit, le bénéficiaire désigne une tierce personne de son choix : nécessairement habilitée à donner des conseils juridiques, cette tierce personne aura pour mission de proposer les mesures à prendre pour régler le différend soumis à son appréciation. G.A. s'engage à accepter la solution formulée par cette tierce personne pour régler le litige. Les frais exposés dans le cadre du recours à la tierce personne sont à la charge de G.A. dans la limite prévue au paragraphe « MONTANTS GARANTIS ».

Soit, le bénéficiaire engage à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, G.A. l'indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite du montant de la garantie. Lorsque la procédure visée au premier alinéa de ce paragraphe est mise en œuvre, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie d'assurance et que le bénéficiaire est susceptible d'engager en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur.

## EXCLUSIONS

Sont exclus de la présente garantie :

- ▶ Les litiges nés en-dehors de la période couverte par le présent contrat,
- ▶ Les litiges dont le fait générateur était connu du bénéficiaire à la date d'adhésion et qui présentait à cette même date une forte probabilité de survenance ;
- ▶ Les litiges survenus en raison de la faute intentionnelle ou de l'acte frauduleux du bénéficiaire,
- ▶ Les litiges survenus en raison de la complicité du bénéficiaire à un acte frauduleux.
- ▶ Les litiges non visés aux paragraphes « LITIGES » (contentieux pénal, commercial, fiscal, immobilier par exemple).
- ▶ Les éventuelles condamnations au titre des procédures non contentieuses engagées,
- ▶ Les litiges ayant pour origine une atteinte aux biens du bénéficiaire,
- ▶ Les litiges ayant pour origine une catastrophe naturelle,

- ▶ Les litiges ayant pour origine une guerre civile ou étrangère, une émeute, un mouvement populaire, une manifestation, un attentat, un acte de vandalisme, de sabotage ou de terrorisme ;
- ▶ Les litiges impliquant la mise en cause de la responsabilité civile professionnelle du bénéficiaire ;
- ▶ Les litiges consécutifs à un accident de la circulation au sens de la loi du 10 juillet 1985 ;
- ▶ Les litiges consécutifs à l'usage par le bénéficiaire de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ;
- ▶ Les litiges ayant trait à l'indemnisation d'un risque sériel tel que l'hépatite C, la transfusion sanguine ;
- ▶ Les litiges consécutifs à un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique ;
- ▶ Les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes, ou à leurs essais préparatoires ;
- ▶ Les litiges résultant d'un abus de droit du bénéficiaire ou les procédures ayant un caractère dilatoire ;
- ▶ Les amendes et sommes de toute nature que le bénéficiaire serait condamné à payer à un tiers ;
- ▶ Les frais irrépétibles et dépens du (des) adversaire(s) qui sont mis à la charge du bénéficiaire par décision administrative ou judiciaire ou dans le cadre d'une transaction (ou tout accord amiable équivalent) ;
- ▶ Les honoraires de résultat.

## PAIEMENT DES INDEMNITES

Les indemnités obtenues par le bénéficiaire en réparation du préjudice objet du litige lui sont directement versées (ou versées à son représentant légal le cas échéant).

S'agissant des frais et honoraires (dépenses et frais irrépétibles de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, de l'article 475-1 du Code.

Procédure Pénale ou de l'article L.761-1 du Code de Justice Administrative) engagés par le bénéficiaire et GA dans le cadre du litige et dont le remboursement est fixé par décision de justice, la somme sera répartie comme indiqué au paragraphe « REMBOURSEMENT DES FRAIS ET HONORAIRES ».

## DISPOSITIONS COMMUNES À L'ASSISTANCE ET À LA PROTECTION JURIDIQUE

### PRISE D'EFFET

Les garanties exposées de l'Assistance et de la Protection juridique suivent le sort du contrat complémentaire santé individuel souscrit par l'intermédiaire de HENNER (prise d'effet, durée, suspension et résiliation).

Les prestations sont acquises pour des événements garantis survenus au plus tôt à la date de la prise d'effet des présentes conditions générales.

## BENEFICIAIRES

Ont la qualité de bénéficiaires :

- ▶ L'Adhérent,
- ▶ Son conjoint,
- ▶ Leurs enfants âgés de moins de 18 ans (sauf précision contraire).

Les bénéficiaires doivent vivre sous le même toit et leur domicile fiscal doit être situé en France métropolitaine (Corse incluse), Guadeloupe, Martinique, Guyane, Mayotte et Réunion, ainsi que Principauté de Monaco et portés sur le bulletin d'adhésion.

## PRESCRIPTION

Il y a prescription lorsqu'un droit n'a pas été exercé dans le délai fixé par la loi.

Le délai de prescription de toute action dérivant d'une adhésion aux présentes conditions générales d'assistance est de deux ans à compter du jour de l'événement qui lui a donné naissance (Articles L. 114-1 et 2 du Code des Assurances).

Toutefois, dans certaines situations la date de début de ce délai de prescription pourra être reconsidéré, et notamment dans le cas où le bénéficiaire prouve qu'il n'avait pas connaissance du sinistre.

Elle est par ailleurs interrompue dans les cas de citation en justice, commandement ou saisie, la désignation d'expert à la suite d'un sinistre, ou l'envoi d'un courrier recommandé pour le défaut de paiement des cotisations, ou le règlement des prestations d'assistance.

## SUBROGATION

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge GARANTIE ASSISTANCE dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

## LOI APPLICABLE

Les présentes conditions générales sont soumises à la loi française.

Toute action dérivant des conditions générales sera portée devant le Tribunal dans le ressort duquel l'Adhérent a son domicile.

## CONTRÔLE

GARANTIE ASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel située 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

## INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire avant l'adhésion aux présentes conditions générales puis lors d'une demande de prestation font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement informatique.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à GARANTIE ASSISTANCE - Service Juridique, 38 rue La Bruyère à PARIS (75009). Il 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.

## RECLAMATIONS

Toute réclamation portant sur la qualité ou les délais de traitement par G.A. de la demande d'assistance ou de protection juridique doit être formulée par écrit et adressée à l'adresse suivante : GARANTIE ASSISTANCE - Service Réclamations, 38 rue La Bruyère, 75009 PARIS. Une réponse sera adressée dans un délai de quinze jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

## EXONERATION DE ESPONSABILITE

**G.A. est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties. Toutefois :**

La responsabilité de G.A. est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports...) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes ou des biens sur un territoire ou entre deux états donnés.

La responsabilité de G.A. ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif(ve) à l'insuffisance des disponibilités locales.

G.A. ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :

- ▶ **Soit, de cas de force majeure ;**
- ▶ **Soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves ;**
- ▶ **Soit, des saisies ou contraintes par la force publique ;**
- ▶ **Soit, des interdictions officielles ;**
- ▶ **Soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats ;**

- ▶ **Soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage ;**
- ▶ **Soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.**

## IV

## LES SERVICES À LA PERSONNE

### BENEFICIAIRES

Dès lors qu'ils sont assurés au titre d'un contrat complémentaire santé individuel souscrit auprès de HENNER et que leur domicile fiscal est situé en France Métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco, ont la qualité de bénéficiaires des garanties d'assistance :

L'Assuré ou l'Adhérent (ci-après « l'Assuré ») au contrat,

Son conjoint, proprement dit, ou son concubin ou son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité,

Ses enfants.

### Validité territoriale

Les prestations de services à la personne sont fournies en France Métropolitaine, Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Principauté de Monaco.

### Prise d'effet - durée

Les bénéficiaires visés au paragraphe ci-dessus peuvent solliciter les services de DOMICAL et des organismes référencés dans son réseau pendant la durée de validité de leur contrat complémentaire santé.

### Définitions

Pour l'application des présentes Conditions Générales, on entend par :

**Domicile** : le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires, situé en France Métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco

**Intervenant** : la personne physique chargée par l'organisme agréé de fournir la prestation au profit du bénéficiaire.

**Mode mandataire** : mode par lequel l'organisme missionné par DOMICAL propose au bénéficiaire le recrutement de travailleurs. Le bénéficiaire conserve, comme dans la modalité d'emploi direct, une responsabilité pleine et entière d'employeur.

La personne mandataire peut toutefois accomplir, pour le compte du bénéficiaire employeur, la sélection et la présentation des candidats, les formalités administratives et les déclarations sociales et fiscales liées à l'emploi de salariés. Le bénéficiaire verse à l'organisme mandataire une contribution représentative des frais de gestion supportés par ce dernier.

**Mode prestataire** : mode par lequel l'organisme missionné par DOMICAL est l'employeur de l'intervenant qui réalise la prestation au profit du bénéficiaire : l'intervenant agit sous la responsabilité et sous l'autorité hiérarchique de cet organisme.

A ce titre, l'organisme prestataire choisit le ou les salariés qui vont intervenir, élabore le planning des interventions, assure la continuité du service.

L'organisme prestataire fournit et facture une prestation au bénéficiaire du service.

**Mode emploi direct** : l'emploi direct lie directement le salarié intervenant et le particulier bénéficiaire du service.

**Organisme** : l'association ou l'entreprise de Services à la Personne, titulaire d'un agrément délivré par la Préfecture du département dans lequel elle exerce son activité. Le réseau de DOMICAL est exclusivement constitué d'organismes agréés.

**Personnes dépendantes** : les personnes qui sont, momentanément ou durablement, atteintes de pathologies chroniques invalidantes ou présentant une affection les empêchant d'accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne.

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

## CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS DE SERVICES A LA PERSONNE

### Accès à la plateforme de DOMICAL

Les bénéficiaires peuvent accéder à la plateforme de DOMICAL 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 au numéro suivant : **01.70.36.06.73**.

### Prestations de DOMICAL

Le bénéficiaire peut, selon son besoin, solliciter DOMICAL pour la fourniture des prestations suivantes :

Sur simple appel téléphonique, DOMICAL communique les coordonnées des organismes (association ou entreprise) agréés les plus proches du domicile du bénéficiaire dispensant les services à la personne détaillés à la page « LES SERVICES A LA PERSONNE POUR TOUS »;

Si le bénéficiaire souhaite être conseillé, un correspondant spécialisé de DOMICAL accessible du lundi au samedi de 9h à 19h (hors jours fériés) identifie avec lui les services dont il a besoin, la nature des tâches à fournir et le planning souhaité (fréquence d'intervention et créneaux horaires). Une fois les besoins définis, DOMICAL s'engage à :

- ▶ Interroger les organismes de son réseau susceptibles de fournir les prestations correspondantes au bénéficiaire ;
- ▶ Coordonner la mise en œuvre de la (ou des) prestation(s) de service sollicitée(s) dans les 48 heures ouvrées suivant l'appel du bénéficiaire.

- ▶ En dehors des jours et horaires précisés ci-dessus : la demande du bénéficiaire est enregistrée par DOMICAL, un correspondant spécialisé se charge alors de rappeler le bénéficiaire afin d'analyser ses besoins.

Dans ce cadre, DOMICAL met tout en œuvre pour assurer la prise en compte de la demande et, le cas échéant, la mise en œuvre de la (ou des) prestation(s) de service sollicitée(s) dans le respect des critères de qualité définis à l'article « ENGAGEMENTS QUALITE DE DOMICAL ».

**Dans tous les cas, DOMICAL est tenue d'une obligation de moyens et sa responsabilité ne pourra pas être recherchée en cas d'indisponibilité des organismes et, d'une manière générale, des cas de force majeure rendant impossible l'exécution des prestations commandées.**

**DOMICAL s'engage alors à informer le bénéficiaire de cette indisponibilité et à proposer des solutions alternatives.**

**La responsabilité de DOMICAL ne peut être engagée en cas d'utilisation du service par le bénéficiaire dans un cadre différent de celui défini.**

### Engagements qualité de DOMICAL

- ▶ Assurer 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 un accueil téléphonique personnalisé, une écoute attentive des besoins exprimés par le bénéficiaire ;
- ▶ Proposer des solutions individualisées, les plus adaptées aux besoins exprimés et garantir une qualité de service optimale ;
- ▶ Recourir exclusivement à des prestataires agréés par l'État et référencés par DOMICAL ;
- ▶ Garantir la fiabilité du réseau (exactitude des coordonnées, professionnalisme des intervenants, probité des prestataires...);
- ▶ Favoriser la modération tarifaire au profit des bénéficiaires ;
- ▶ Garantir les meilleurs délais de traitement des demandes ;
- ▶ Missionner exclusivement des prestataires respectueux de l'intégrité du domicile et de la confidentialité de la vie privée ;
- ▶ Se positionner comme médiateur en cas de désaccord éventuel entre le prestataire et le bénéficiaire ;
- ▶ Garantir l'éligibilité des prestations fournies aux avantages fiscaux\*
- ▶ Mesurer la satisfaction du bénéficiaire et mettre en place un contrôle Qualité

\* Dans la limite de la législation fiscale en vigueur.

## ENGAGEMENTS FINANCIERS

### La commande

La commande est effective dès lors que le bénéficiaire accepte le contenu de la prestation (délai, fréquence, horaires d'intervention, prix des prestations) proposé par l'organisme choisi. Si le bénéficiaire le demande ou si le prix mensuel de la prestation est égal ou supérieur à 100 € TTC, l'organisme établit un devis gratuit qui mentionne les prestations, services, tâches qui seront réalisées et feront l'objet d'une facturation ultérieure.

## Le paiement des prestations

Quelle que soit la prestation mise en œuvre, le paiement est à la charge du bénéficiaire.

Les prix des prestations de services sont fixés librement dans le cadre d'un contrat conclu entre l'organisme et le bénéficiaire. Les prix des contrats déjà conclus varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé par un arrêté annuel du Ministre de l'économie et des finances, compte tenu de l'évolution des salaires et du coût des services (conformément à l'article L. 347-1 du Code de l'action sociale et des familles).

Les prestations sont effectuées par des organismes agréés assujettis à la T.V.A au taux réduit de 5,5 % (**article 279-i du Code général des impôts**). Ce taux réduit s'applique indépendamment des plafonds de dépenses mentionnés au paragraphe « ENGAGEMENTS FINANCIERS ».

L'organisme adresse une facture au bénéficiaire (précisant le nom et l'adresse de l'organisme, la nature exacte des services fournis, le montant des sommes effectivement dues au titre de la prestation de service, le taux horaire toutes taxes comprises ou, le cas échéant, le prix forfaitaire de la prestation, la durée horaire de l'intervention, le montant toutes taxes comprises, le cas échéant, les frais de déplacement).

## Le régime fiscal des dépenses effectives du bénéficiaire liées aux prestations décrites à la page « les services à la personne pour tous » ;

**Les prestations fournies par les organismes sont éligibles à la réduction ou au crédit d'impôt sur le revenu prévu à l'article 199 sexdecies du Code Général des Impôts.**

**L'avantage fiscal est calculé sur la base des dépenses effectivement supportées par le bénéficiaire au cours d'une année civile, étant précisé que l'aide financière mentionnée à l'article L. 129-13 du Code du travail (exonérée en application du 37° de l'article 81 du Code Général des Impôts), n'est pas prise en compte pour le calcul des dépenses effectivement supportées.**

## RECLAMATIONS

Toute réclamation éventuelle doit être formulée par écrit par le bénéficiaire et adressée au Service Réclamations de DOMICAL 38 rue La Bruyère, 75009 PARIS.

## LITIGES

Tout litige né à l'occasion de l'interprétation ou de l'exécution du Contrat sera régi par le Droit français et relèvera des tribunaux français compétents.

## LES SERVICES A LA PERSONNE ACCESSIBLES VIA DOMICAL

**CESU** : toutes les prestations décrites ci-dessous peuvent être fournies par le réseau d'organismes sélectionnés par DOMICAL et sont payables en chèques CESU, CESU pré-financés ou tout autre moyen de paiement. Toutefois, DOMICAL recommande au bénéficiaire de vérifier, avant toute commande de services, que les CESU pré-financés qu'il détient peuvent régler l'ensemble des services sans restriction.

### Services à la personne pour tous

- ▶ Femme de ménage, aide ménagère,
- ▶ Collecte et livraison à domicile de linge repassé,
- ▶ Livraison de repas à domicile,
- ▶ Préparation de repas à domicile,
- ▶ Assistance informatique et internet : initiation et formation (1),
- ▶ Livraison de courses à domicile,
- ▶ Petits travaux de jardinage y compris les travaux de débroussaillage (2),
- ▶ Petit bricolage (3),
- ▶ Cours à domicile,
- ▶ Assistance administrative,
- ▶ Surveillance temporaire au domicile, de la résidence principale et secondaire.

(1) Assistance informatique et Internet : le montant de l'assistance informatique et Internet à domicile pouvant bénéficier de la réduction ou du crédit d'impôts sur le revenu est plafonnée à 1000€ par an et par foyer fiscal.

(2) Petits travaux de jardinage y compris travaux de débroussaillage : le montant des interventions pouvant bénéficier de la réduction ou du crédit d'impôts sur le revenu est plafonnée à 3000€ par an et par foyer fiscal.

(3) Petit bricolage : le montant des prestations pouvant bénéficier de la réduction ou du crédit d'impôts sur le revenu est plafonnée à 500€ par an et par foyer fiscal.

### Services à la personne pour les enfants

- ▶ Garde d'enfant à domicile,
- ▶ Soutien scolaire à un enfant,
- ▶ Accompagnement des enfants dans leurs déplacements en dehors de leur domicile.

### Services à la personne pour les personnes âgées, dépendantes ou handicapées

- ▶ Accompagnement et assistance,
- ▶ Assistance aux personnes handicapées,
- ▶ Garde malade,
- ▶ Aide à la mobilité et transports de personnes ayant des difficultés de déplacement,
- ▶ Conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives,
- ▶ Accompagnement des personnes âgées ou handicapées dans leurs déplacements en dehors de leur domicile.
- ▶ Soins et promenades des animaux de compagnie pour les personnes dépendantes
- ▶ Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes



## VOTRE CONTACT

Les conversations téléphoniques avec nos services de gestion peuvent être enregistrées aux fins d'amélioration de la qualité de nos services.

Ces enregistrements ne sont pas destinés à être conservés au-delà d'une journée.

Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de HENNER. Le droit d'accès et de rectification peut être exécuté au 10, rue Henner, 75459 Paris Cedex 09 (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978).

MON PROJET SANTE + est une offre structurée par formules, conçue par HENNER, gérée par HENNER - GMC et assurée par CAMEIC. Elle est distribuée par un réseau de courtiers partenaires.



Assurances & Prévoyance



---

HENNER, SAS de courtage et de gestion d'assurances  
Capital de 8 212 500 € - RCS Paris B 323 377 739 - TVA  
intra-communautaire FR 48323377739 - ORIAS n°  
07.002.039 (consultable sur [www.orias.fr](http://www.orias.fr)) - Relevant du  
contrôle de l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel)  
Entreprise certifiée ISO 9001 par le Bureau Veritas  
Certification Certificat n° 122190 - Siège social : 10 rue  
Henner 75459 Paris cedex 09.

---

Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes. Entreprise  
régie par le Code des assurances - Autorité chargée du  
contrôle de la société : ACP, Autorité de Contrôle Prudentiel  
Siège social : 137 rue Victor Hugo - 92300 Levallois-Perret