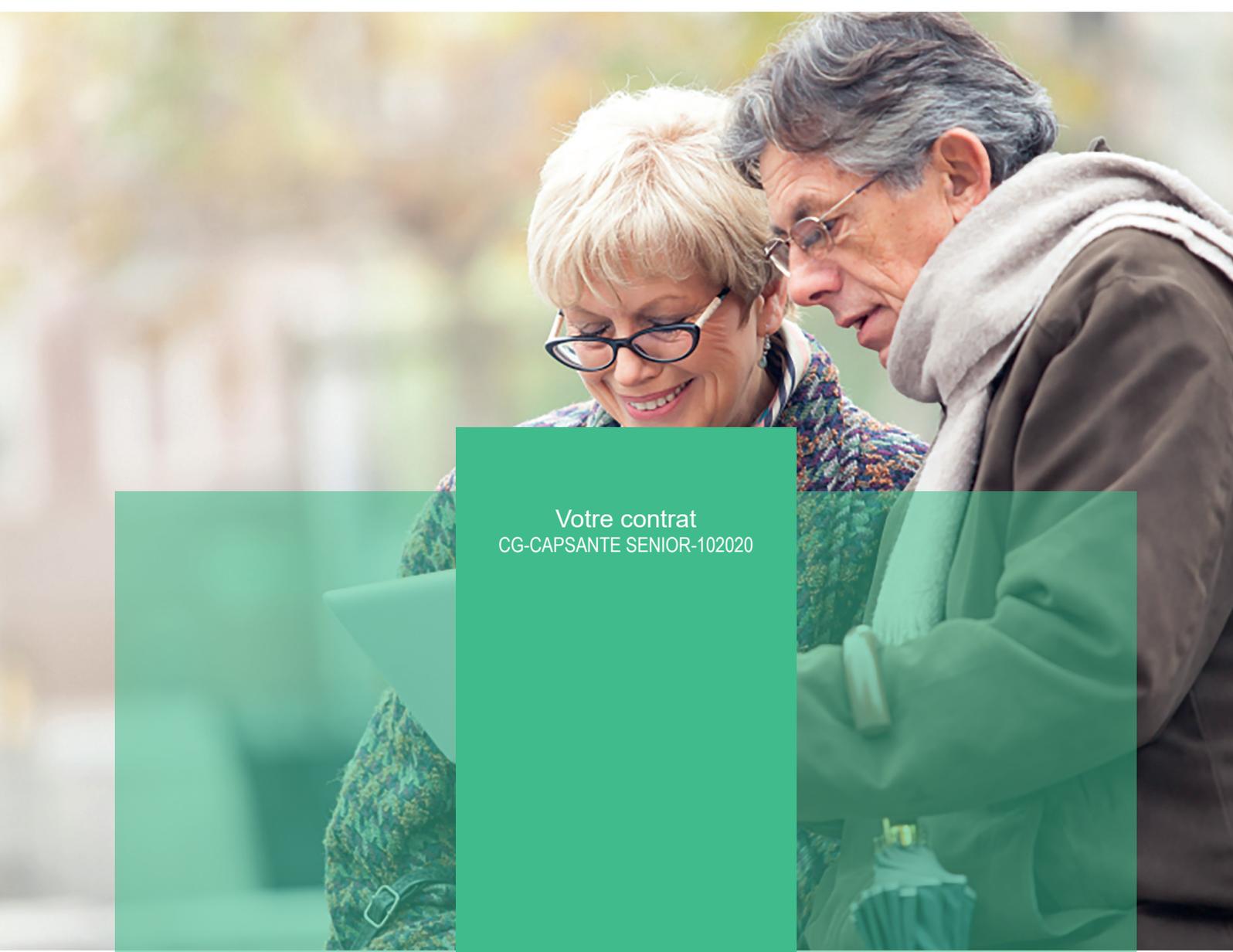




Conditions generales

ASSURANCE CAP SANTE SENIOR

A photograph of an elderly couple looking at a laptop screen. The woman is on the left, wearing glasses and a colorful patterned jacket. The man is on the right, wearing glasses and a brown jacket with a grey scarf. They are both smiling and appear to be engaged in a conversation. The background is a blurred outdoor setting with trees.

Votre contrat
CG-CAPSANTE SENIOR-102020

CONDITIONS GÉNÉRALES ASSURANCE CAP SANTE SENIOR



SOMMAIRE

PRÉAMBULE	p.4
LEXIQUE	p.4
Art 1 : Objet du contrat	p.6
Art 2 : Nature des Garanties du contrat	p.6
Art 3 : Qui peut adhérer au contrat?	p.6
Art 4 : Personnes assurées et âge limite	p.7
Art 5 : Comment souscrire les garanties du contrat ?	p.7
Art 6 : Les déclarations de l'Adhérent	p.7
6.1 A l'adhésion	p.7
6.2 En cours d'adhésion	
6.3 Les autres documents à nous transmettre	p.7
6.4 Validité de vos déclarations	p.7
Art 7 : Conclusion, effet, durée, et renouvellement de l'adhésion	p.7
7.1 Conclusion de l'adhésion	p.7
7.2 Date d'effet de l'adhésion	p.8
7.3 La durée et renouvellement de l'adhésion	p.8
Art 8 : Résiliation de l'adhésion	p.8
8.1 L'adhésion peut être résiliée	p.8
8.2 Les modalités de résiliation	p.9
8.3 Les conséquences de la résiliation	p.9
Art 9 : Prise d'effet, délais d'attente, suspension et cessation des garanties	p.9
9.1 Effet des garanties	p.9
9.2 Délais d'attente	p.9
9.3 Suspension des garanties	p.9
9.4 La cessation de la garantie	p.9
Art 10 : Cotisation	p.9
10.1 La base de calcul et le montant de vos cotisations	p.9
10.2 Evolution des cotisations	p.10
10.3 Le paiement de vos cotisations	p.10
10.4 Le non paiement de vos cotisations	p.10
Art 11 : Quelles sont vos garanties ?	p.10
11.1 Votre garantie santé	p.10
11.2.La filassistance International perte d'emploi	p.11
Art 12 La modifications de vos garanties	p.12
Art 13 Les exclusions et les limitations	p.12
13.1 Les excluions générales	p.12
13.2 Les exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service hospitalier	p.12
13.3 Les exclusions relatives aux frais et traitements suivants	p.12
13.4 Les limitations de la garantie santé	p.12
13.5 Les exclusions et limitations relatives à la garantie perte d'emploi	p.12
Art 14 Territorialité	p.13

CONDITIONS GÉNÉRALES ASSURANCE CAP SANTE SENIOR



SOMMAIRE

Art 15 Comment obtenir règlement de vos prestations ?	p.13
15.1 Les documents que vous devez nous transmettre	p.13
15.2 Contrôle des dépenses et contrôle médical	p.13
15.3 Arbitrage	p.13
15.4 Les modalités de paiement des prestations	p.14
Art 16 Prescription	p.14
Art 17 Subrogation	p.14
Art 18 Informatique et libertés	p.14
Art 19 Les réclamations et la médiation	p.15
Art 20 Autorité de tutelle	p.15
Art 21 Possibilité de renonciation	p.15
Art 22 Gestion électronique des documents	p.16
Art 23 Filassistance International	p.16
Art 24 opposition au démarche téléphonique	p.16

ASSISTANCE SANTE SENIOR CONVENTION D'ASSISTANCE

1. DISPOSITIONS GENERALES

1.1 Bénéficiaires	p.17
1.2 Validité territoriale	p.17
1.3 Prise d'effet et durée	p.17
1.4 Définitions	p.17
1.5 Nécessité d'un appel préalable	p.17
1.6 Engagement financier	p.18
1.7 Exclusions	p.18
1.8 Prescription	p.18
1.9 Subrogation	p.19
1.10 Loi applicable- litige	p.19
1.11 Contrôle	p.19
1.12 Réclamations	p.19
1.13.EXONERATION DE RESPONSABILITE FILASSISTANCE INTERNATIONAL	p.19

2. GARANTIES ACCORDEES

2.1 Assistance information santé	p.20
2.2 En cas d'hospitalisation d'immobilisation au domicile	p.21
2.3 En cas de décès d'un bénéficiaire	p.21

**CONDITIONS GENERALES VALANT
NOTICE D'INFORMATION
CAP SANTE SENIOR
Référence : CG-REMA-CSS-102020**

Les Conditions Générales relatives au contrat collectif à adhésion facultative CAP SANTE SENIOR souscrit sous les numéros 55 30 00 00 et 55 35 00 00 par l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS), Association Loi 1901, Déclaration Préfecture de Paris n° 546967 P, Siège : 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret ci-après dénommé « Association », auprès de la Réunion des mutuelles d'assurances régionales (REMA Assurances), Société d'assurances mutuelle à cotisations variables. Entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 137, rue Victor-Hugo - 92300 LEVALLOIS-PERRET, ci-après désignée « l'Assureur ».

La gestion de votre adhésion au contrat est effectuée par **ECA –Assurances** (SA de courtage d'assurances) au capital de 1 009 000 euros, enregistrée au Registre des Intermédiaires en assurance (ORIAS) sous le numéro 07 002 344 – Siège social : 92/98 boulevard Victor Hugo – BP 83 – 92115 CLICHY Cedex – téléphone : 0969320418 (appel non surtaxé) – Email : relationsclients@eca-assurances.com – RCS Nanterre : B 402 430 276.

ECA-Assurances, qui agit en tant que mandataire de l'Assureur, est dénommée ci-après «ECA Assurances» ou le «Délégué».

Le contrat **CAP SANTE SENIOR** a été négocié auprès de l'Assureur, par ECA Assurances qui le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires, partenaires.

Les garanties et services d'assistance sont assurés et gérés par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Préambule

Votre adhésion au contrat **CAP SANTE SENIOR** est :

-régie par les dispositions qui suivent dans le présent document et par le Code des Assurances. La loi applicable est la loi française. En accord avec l'Association, ECA Assurances et vous-même, nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion ;

-constituée des éléments suivants :

- Les présentes Conditions Générales qui définissent les conditions d'application de votre adhésion au contrat, exposent l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elles vous informent sur les risques non couverts et vous indiquent également la marche à suivre pour obtenir les prestations.
- Le Certificat d'Adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, la formule assurée, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
- Le tableau des garanties qui précise les dépenses

de santé assurées et le montant de la participation correspondante.

Ces documents peuvent être consultés sur l'espace dédié de l'adhérent et sur le site www.eca-assurances.com.

Lexique

Pour faciliter la lecture des différents documents relatifs à votre adhésion au contrat, nous avons défini ci-après certains termes utilisés dans ceux-ci.

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

Adhérent : Personne physique légalement majeure, membre de l'Association, qui signe la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et fait ainsi accéder aux garanties du contrat. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

Age : L'âge de l'assuré est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion en cours considérée et l'année de naissance. Exemple : Un assuré souscrivant son adhésion à compter du 1^{er} février 2020, né le 2 août 1980, sera considéré avec un âge de 40 ans (2020 – 1980 = 40), et lors du renouvellement de son adhésion au 1^{er} janvier 2021, avec un âge de 41 ans en 2021.

Année d'assurance : Période s'écoulant entre deux dates anniversaires de la date d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties portée au Certificat d'adhésion pour chaque assuré.

Assuré : La (ou les) personne(s) garantie(s) dans le cadre de l'adhésion selon la formule souscrite.

Avenant : Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

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. On parle de :

- Tarif de convention (TC)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de Responsabilité (TR)** pour les médicaments et autres biens médicaux.

Certificat d'Adhésion : Document émis par le Service Gestion de ECA Assurances en réponse à la demande d'adhésion qui précise l'ensemble des éléments individualisant l'adhésion au contrat. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Conclusion de l'adhésion : L'adhésion est conclue

par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée au Certificat d'Adhésion.

Couple : Est considéré comme couple, l'Adhérent et son Conjoint.

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 en vigueur au cours de l'adhésion ou son (sa) concubin(e) notoire. Des justificatifs pourront vous être demandés

Date anniversaire du contrat : Date qui correspond à la date de prise d'effet du contrat (jour, mois, année). Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

Déchéance (perte de garantie) : Perte des droits à l'indemnité d'assurance de l'adhérent à la suite de l'inobservation de certaines de ses obligations en cas de sinistre.

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 événement survenant au cours de cette période, pendant toute la durée de l'adhésion.

Dépassement d'honoraires : Partie des honoraires dépassant la base remboursement du Régime Obligatoire.

Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) : sur la base du volontariat, les médecins signataires s'engagent à limiter le taux de dépassement d'honoraires et à réduire le reste à charge des assurés. Si ces engagements sont respectés, les professionnels de santé peuvent prétendre à une « rémunération spécifique ».

Ces dispositifs sont constitués de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée ou OPTAM, destinée à l'ensemble des médecins, et de l'OPTAM-CO, destinée aux médecins qui exercent en chirurgie et en obstétrique.

Echéance principale : Echéance annuelle fixée la première fois 12 mois après la prise d'effet des garanties (date anniversaire) puis ensuite au 31/12 de chaque année.

Enfant : Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou à celle de votre conjoint. La garantie cesse à leur égard, au plus tard à la fin de l'année suivant leur 25^{ème} anniversaire. A compter de 20 ans les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion des parents moyennant le paiement d'une cotisation Adulte.

Etablissements médico-sociaux : Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

Forfait annuel : Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par année d'assurance et par assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

France : Il s'agit de la France métropolitaine, des départements et territoires d'outre-mer, et de la Principauté de Monaco.

Garantie : elle correspond aux prestations assurées dans

le cadre de la formule retenue, cumulées à celles des options éventuellement souscrites, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

Hospitalisation : Tout séjour pris en charge par le Régime Obligatoire de Sécurité sociale dans un établissement hospitalier (clinique ou hôpital, privé ou public) en France ou dans le monde entier. L'hospitalisation doit être prescrite par un médecin, pour y recevoir les soins nécessités par une maladie, une maternité ou un accident garanti.

A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le Médecin-conseil de l'Assureur (ou de ses mandataires) peut avoir accès.

Long séjour : Unité pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

Maternité : L'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SRR) : Unité pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

Nous : Désigne l'Assureur.

Nomenclatures de la sécurité sociale : Elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent de base pour le calcul des remboursements des Régimes Obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes Professionnels (NGAP), la Classification Commune des actes Médicaux (CCAM), la Liste de produits et Prestations (LPP) et la Table Nationale de Biologie (TNB).

Nullité de l'adhésion : Sanction prévue par le Code des Assurances en cas de fausse déclaration intentionnelle d'un adhérent. Celui-ci perd alors le bénéfice des garanties qui étaient prévues dans le cadre de l'adhésion au contrat et les cotisations, payées ou échues, sont acquises à l'Assureur à titre d'indemnité.

Parcours de soins : Tout assuré social ou ayant-droit âgé de plus de 16 ans doit désigner un médecin traitant, qui peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Celui-ci centralise les informations sur son patient et l'orientera vers un spécialiste au besoin. Cette démarche assure un remboursement optimal des soins médicaux. A condition d'avoir déclaré un médecin traitant, il est possible de consulter directement certains spécialistes sans recourir à une prescription préalable du médecin traitant. Il s'agit des médecins exerçant les spécialités suivantes : l'Ophtalmologie, la Gynécologie, la Psychiatrie et Neuro Psychiatrie jusqu'à 25 ans, le Dentaire (sauf stomatologie) et la Pédiatrie. Le patient qui décide de recourir à des soins ou à des professionnels de santé en s'abstenant de solliciter son médecin traitant,

lorsque la réglementation l'impose, s'expose à une baisse de ses remboursements par son Régime Obligatoire.

Plafond annuel de remboursement : Seuil limite annuel de la prise en charge par l'Assureur d'une dépense pour un type d'acte. Le plafond s'entend par année d'assurance, et ne peut être ni reporté ni cumulé d'une année sur l'autre.

Régime Obligatoire (RO) : C'est le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale française dont relève l'assuré.

Service spécialisé : Tout séjour prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en centre de : rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

Sinistre : La réalisation d'un événement assuré. Constitue un seul et même sinistre l'ensemble des événements se rattachant à un même fait générateur.

Souscription à distance : La Souscription à distance désigne la souscription de l'adhésion au contrat CAP SANTE SENIOR réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance (mailing, téléphone, Internet).

Ticket modérateur : Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le Régime Obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Verres optiques correcteurs : Dispositifs médicaux visant à corriger un défaut de la vision. Les verres correcteurs sont définis comme suit :

- Verres simples : foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.
- Verres complexes : foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et à verres multifocaux ou progressifs.
- Verres hypercomplexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

Vous : Désigne l'Adhérent.

Art.1 - Objet du contrat

Le contrat CAP SANTE SENIOR 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 une maladie, une maternité, un accident ou une hospitalisation. Les prestations assurées dans le cadre de la formule de garantie souscrite ainsi que les garanties optionnelles choisies sont définies sur votre certificat d'adhésion. 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 d'assistance aux assurés.

Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

Art.2 – Nature des garanties du contrat

Garanties « contrat solidaire » :

L'accès au contrat et aux garanties proposées dans le cadre des différentes formules est acquis quel que soit l'état de santé de l'Assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties « contrat responsable » :

Les garanties des différentes formules du contrat **CAP SANTE SENIOR** s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale ainsi que ses décrets d'application, dont notamment :

Garanties « contrat solidaire » :

L'accès au contrat et aux garanties proposées dans le cadre des différentes formules est acquis quel que soit l'état de santé de l'Assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties « contrat responsable » :

Les garanties des différentes formules du contrat **CAP SANTE SENIOR** s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale ainsi que ses décrets d'application, dont notamment :

- la prise en charge de la participation des assurés dans les conditions définies à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale,
- la non prise en charge :
 - de la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations,
 - du dépassement d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins,
 - de la participation forfaitaire,
 - des franchises médicales.

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

Art.3 – Qui peut adhérer au contrat ?

Pour adhérer au contrat **CAP SANTE SENIOR**, vous devez :

- adhérer à l'Association,
- résider en France,
- être assujéti à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- respecter les limites d'âge d'adhésion prévues à l'article 4.

Dispositions spécifiques au contrat n° 55 30 00 00 (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls Adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :

Pour adhérer à ce contrat 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.

Art.4 - Personnes assurées et âge limite d'adhésion

Personnes assurées

L'Adhérent, et s'ils sont désignés sur le Certificat d'Adhésion, son conjoint, ses enfants ou ceux de son conjoint. Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime Obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Age limite d'adhésion lors de la prise d'effet des garanties

- Formules CAP 1 – CAP 2 : 95 ans.
- Formule CAP 3 : 85 ans.
- Formule CAP 4 : 75 ans.

Rappel : Pour la détermination de l'âge de l'assuré, nous prenons celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion (Cf. définition âge au lexique).

Tout assuré résilié dans le cadre d'une adhésion au présent contrat ne pourra être de nouveau admis que sur accord express de l'Assureur.

Art. 5 - Comment souscrire les garanties du contrat ?

Le client souhaitant s'assurer peut souscrire au contrat **CAP SANTE SENIOR** selon les modalités proposées et mises à sa disposition par ECA Assurances : souscription par écrit sur support papier, par téléphone avec enregistrement, ou par Internet.

Art.6 – Les déclarations de l'Adhérent

6.1 – A L'ADHÉSION

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat CAP SANTE SENIOR, vous devez, quel que soit le mode de souscription évoqué à l'article 5, répondre sous forme de déclaration à une demande d'information concernant la situation personnelle de la personne à assurer.

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

6.2 – EN COURS D'ADHÉSION

Vous devrez au plus tard dans les 15 jours :

- nous déclarer par lettre recommandée et selon les modalités prévues à l'article L113-2.3 du Code des Assurances :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale,
- les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France,

- procéder aux déclarations prévues pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion. Les conditions d'accès au contrat sont les mêmes que celles définies pour les assurés lors de l'adhésion.

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 un 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.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne selon la situation la nullité de l'adhésion, le maintien du contrat ou sa résiliation, ou la réduction des prestations conformément aux dispositions des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

6.3 - LES AUTRES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au versement des indemnités prévues par votre contrat et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

6.4 – 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 ECA Assurances par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

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

Art.7 – Conclusion, effet, durée et renouvellement de l'adhésion

7.1 – CONCLUSION DE L'ADHÉSION

L'Adhérent, l'Assureur et l'association AGIS conviennent qu'en cas de Souscription à distance, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par l'Assureur ou tout mandataire de son choix vaudront signature par l'Adhérent et lui seront opposables ; ceux-ci pourront être admis comme preuves de son identité et de son consentement relatif à la souscription de son adhésion au contrat, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés par lui.

La souscription à l'assurance se fait lorsque la personne sollicitée par ECA Assurances, ayant reçu et pris connaissance des Conditions Générales d'une part, et ayant vérifié qu'elle satisfait aux conditions d'éligibilité d'autre part, donne son consentement à l'offre d'assurance. L'adhésion au contrat est conclue dès l'expression du consentement de l'Adhérent dans les conditions visées ci-dessus, sous réserve de l'acceptation de la souscription par l'Assureur.

- **en cas de souscription par écrit sur support papier**
 - à la date d'enregistrement informatique de la demande de souscription au contrat dûment complétée et signée par l'Adhérent;
- **en cas de souscription sur Internet**
 - à la date d'enregistrement informatique de la demande de souscription au contrat dûment complétée et signée par l'Adhérent au moyen de la procédure de souscription électronique accessible sur le site Internet de ECA Assurances ;
- **en cas de souscription à l'assurance par téléphone**
 - le jour de l'entretien téléphonique, enregistré avec son consentement, au cours duquel l'Adhérent a donné son accord.

L'Adhérent doit avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales avant la conclusion de l'adhésion au contrat.

7.2 – DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

La date d'effet de l'adhésion est mentionnée sur le Certificat d'Adhésion.

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

La garantie souscrite prend effet dès l'encaissement effectif de la première cotisation dont la date d'exigibilité est indiquée sur le Certificat d'adhésion et après expiration des délais d'attente évoqués à l'article 9.

7.3 - LA DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

Sous réserve du paiement des cotisations, sauf disposition contraire indiquée aux conditions particulières, l'Adhésion au contrat est conclue jusqu'à la date anniversaire de la première année.

L'adhésion se renouvellera ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction sans intervention de la part de l'Adhérent, sauf dénonciation formulée par lui-même, l'Assureur ou l'Association et, dans les conditions mentionnées à l'article 8.1.

Important : Le présent contrat étant un contrat d'assurance de groupe, il n'est pas concerné par les dispositions de la loi relative à la reconduction tacite des contrats, dite loi Chatel.

7.4 – LA RÉVISION DU CONTRAT ET DE VOTRE ADHÉSION

Les conditions des garanties sont définies en fonction de la législation française en vigueur à la date d'émission de votre certificat d'adhésion.

En cas de modification de cette législation de nature à mettre en cause la portée des engagements réciproques, les présentes dispositions sont susceptibles d'aménagements.

Vous aurez alors la possibilité de résilier votre adhésion au plus tard dans les 30 jours suivants la date à laquelle ils auront été portés à votre connaissance. La demande de résiliation devra être adressée par lettre recommandée à ECA Assurances. A défaut de réception de cette notification de résiliation, les nouvelles conditions de garanties seront considérées comme acceptées de votre part.

Art.8 – Résiliation de l'adhésion

8.1 - L'ADHÉSION PEUT ÊTRE RÉSILIÉE :

Par l'Adhérent :

- L'Adhérent a la faculté de résilier le Contrat à l'échéance annuelle fixée au 31 décembre moyennant le respect d'un préavis de deux mois. La résiliation prend alors effet à la date de l'échéance annuelle.

- A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet, l'adhérent peut résilier par écrit son contrat à tout moment, en notifiant sa demande de résiliation auprès d'ECA- Assurances.

La résiliation peut également être notifiée, par le nouvel organisme assureur ou l'un de ses représentants par une lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, auprès d'ECA- Assurances et sous réserve que ces derniers disposent d'un mandat écrit de la part de l'adhérent. L'adhérent reçoit un avis de la part d'ECA- Assurances, indiquant la date de prise d'effet de la résiliation.

La fraction de cotisation postérieure à la date d'effet de la résiliation et qui a été payée d'avance, sera remboursée à l'adhérent après restitution de sa carte de tiers payant et dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

En tout état de cause, la fraction de cotisation correspondant à la garantie qui s'est exercée nous reste entièrement acquise.

- En cas de disparition des circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat, si l'Assureur refuse de réduire la prime en conséquence.

- En cas de changement de domicile, de situation ou régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle, d'adhésion à un contrat groupe obligatoire, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle : La résiliation sera acceptée sous réserves que le changement de situation entraîne bien une modification dans le contenu des garanties. L'adhérent dispose de 3 mois à partir de l'évènement pour demander la résiliation et devra fournir un justificatif. La résiliation prend effet un mois après la réception de la demande de résiliation . En cas de survenance d'un des changements précités, l'Assureur disposera également du droit de résilier le contrat (article L113-16 du Code des Assurances).

De plein droit :

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur
- En cas de décès de l'Adhérent.

- Par l'Assureur :

- La mutuelle pourra mettre fin aux garanties, selon les modalités prévues par le Code des Assurances, pour les motifs suivants :

- Non-paiement des cotisations,

- Les cotisations de l'année en cours nous sont toutefois dues dans leur intégralité ;
- Réticences ou fausse déclaration du risque à l'adhésion ou en cours d'adhésion,
- Aggravation du risque (non liée à l'état de santé), en cours de contrat si l'Assuré n'accepte pas le tarif proposé,
- Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations.

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.
- En fonction des options souscrites, lorsque l'Assuré atteint l'âge limite de garantie mentionné à l'article 9.

8.2 - LES MODALITÉS DE LA RÉSILIATION

La résiliation par l'Adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception au siège de ECA Assurances.

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

8.3 - LES CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les sinistres garantis nés et déclarés avant la prise d'effet de la résiliation.

Art. 9 – Prise d'effet, délais d'attente, suspension et cessation des garanties

9.1 – EFFET DES GARANTIES

La garantie débute à la date d'effet mentionnée au Certificat d'Adhésion ou à l'avenant d'adhésion, à l'égard de chacun des assurés, et après expiration des éventuels délais d'attente.

La date d'effet est fixée au plus tôt le lendemain de la demande d'adhésion.

9.2 - DÉLAIS D'ATTENTE

Les garanties du contrat ne comportent pas de délai d'attente, sauf :

Implantologie – Parodontologie non remboursées par le Régime Obligatoire	9 mois
Assistance perte d'emploi	12 mois

Ces mêmes délais d'attente s'appliquent à l'égard des membres de la famille assurés postérieurement à la date d'effet de l'adhésion, ou en cas de modification vers un niveau supérieur de la garantie.

9.3 - SUSPENSION DES GARANTIES

Votre adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de :

- non paiement des cotisations selon les dispositions prévues par l'article L113-3 du Code des Assurances,
- séjour hors de France de plus de 2 mois par an en une ou plusieurs périodes, ou à l'étranger dans les pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères (liste consultable auprès du Ministère des Affaires Étrangères, notamment sur son site internet).

- En cas de suspension l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où :

- les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés, en cas de non paiement,
- l'Assuré revient vivre en France métropolitaine ou Monaco après un séjour :
- de plus de 2 mois en une ou plusieurs périodes en dehors du territoire français ;
- à l'étranger dans les pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères.

La suspension des garanties entraîne pour chaque Assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des Accidents, Maladie ou Maternité survenus pendant cette période.

9.4 - LA CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie est viagère. Elle cesse toutefois :

- dès que l'assuré ne répond plus à la définition des personnes assurées ;
- à l'égard de chaque assuré, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ;
- dès que l'Adhérent peut prétendre à la liquidation de sa pension retraite ou atteint la durée maximale d'exonération du paiement de la cotisation fixée à 24 mois pour la Filassistance international Perte d'Emploi.
- en cas de manœuvres frauduleuses imputables à l'adhérent en vue de bénéficier de prestations indues.

Art.10- Cotisation

10.1 - LA BASE DE CALCUL ET LE MONTANT DE VOS COTISATIONS

En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de l'option de garantie choisie, de l'âge des assurés, du lieu de votre domicile, de la composition familiale et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des Régimes Obligatoires dont vous et vos bénéficiaires relevez lors de la prise d'effet des garanties. La cotisation du troisième enfant et des suivants est gratuite, à condition que les deux premiers enfants assurés paient une cotisation en « qualité » d'enfant. La qualité d'enfant au sens de la cotisation s'acquiert en devenant assuré avant l'âge de 19 ans et se perd à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de 20 ans.

En cours d'adhésion :

Les cotisations évoluent chaque année en fonction de l'âge de l'adhérent, à cela s'ajoutera une revalorisation annuelle.

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 le nouveau Certificat d'Adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Votre cotisation peut varier en cas de changement du lieu de votre résidence ou du Régime Obligatoire d'un des assurés.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte l'âge de

l'assuré au 31 décembre de l'année en cours.

Les taxes actuelles à la charge des assurés sont comprises dans la cotisation.

10.2 - EVOLUTION DES COTISATIONS

A chaque renouvellement annuel de l'adhésion, votre cotisation pourra évoluer pour tenir compte :

- du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés,
- des résultats techniques du Contrat.
- Elle pourra également évoluer immédiatement ou à l'échéance principale, en cas de modification :
- des conditions de prise en charge par la Sécurité sociale,
- des impôts et taxes qui pourraient être établis sur votre cotisation postérieurement à la souscription de votre adhésion.
- ECA Assurances en informera les Adhérents par courrier.

En cas d'augmentation de la cotisation résultant d'une évolution défavorable des résultats techniques, ECA Assurances vous adressera un courrier au moins deux mois avant l'échéance principale. La nouvelle cotisation prendra alors effet dès l'échéance principale suivant la notification faite par ECA Assurances. Vous pourrez demander le non renouvellement de votre adhésion par courrier recommandé adressé au plus tard dans les 30 jours suivant la notification à ECA Assurances.

10.3 - LE PAIEMENT DE VOS COTISATIONS

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à ECA Assurances. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le Certificat d'Adhésion. Vous pourrez, sous réserve d'en faire la demande un mois au moins avant l'échéance principale, demander un changement de fractionnement de la cotisation. Cette modification prendra effet à la date du prochain renouvellement.

10.4 - 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, ECA Assurances pourra vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos garanties seront 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.

Art.11 - Quelles sont vos garanties ?

11 .1-VOTRE GARANTIE SANTE

Notre participation, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient 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 au Certificat d'Adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants et participations qui 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.

Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou pour les membres de votre famille assurés, un remboursement dont le montant cumulé à ceux perçus par le Régime Obligatoire et la ou les éventuelles assurances complémentaires, serait supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur le bordereau ou la feuille de soins de la Sécurité sociale et le cas échéant, ou les factures des professionnels de santé lorsque les frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

L'ensemble des garanties et options sont souscrites 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 :

1. 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 ECA Assurances (procédure de télétransmission avec votre caisse obligatoire),
- ou sur les originaux de la feuille de soins ou le bordereau de remboursement établi par votre caisse obligatoire,
- 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.

2. 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 :

- à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci) ;
- 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 ci-dessus.

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 au Certificat d'Adhésion.

Cas particulier des consultations de praticiens de santé non pris en charge par le Régime Obligatoire : Les consultations des praticiens de santé non prises 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 de la pharmacie non remboursée par le Régime Obligatoire : Les médicaments, produits et fournitures prescrits par le médecin, non remboursés par le Régime Obligatoire, sont pris en charge à hauteur de 50 % des dépenses réelles dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite.

Cas particulier du forfait Optique : Si l'option souscrite le prévoit, la garantie Santé comprend un forfait optique dont le montant incluant le Ticket modérateur est mentionné au tableau des garanties. Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire. **La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de prise d'effet de la garantie de chaque assuré.** La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 euros.

Par dérogation, pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, le forfait optique s'applique pour un équipement par an et par bénéficiaire.

Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, le ticket modérateur sera couvert systématiquement et il ne sera pas limité à une prise en charge tous les deux ans.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les formules prévoyant un forfait optique peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Bonus forfait optique : S'il est prévu pour la formule de garantie choisie, il permet à l'assuré de bénéficier dès la 3^{ème} année d'assurance sans remboursement d'optique, d'un forfait optique majoré. En cas de non utilisation dans l'année d'assurance au cours de laquelle est accordé le bonus, celui-ci est reporté l'année suivante et peut se cumuler d'année en année dans les conditions et limites mentionnées dans le tableau des garanties. Le forfait optique versé inclut le ticket modérateur restant à charge de l'assuré. La prestation totale pour un équipement (verres + monture) ne peut en aucun cas dépasser les plafonds définis par le décret sur les contrats responsables.

Bonus appareillage : S'il est prévu pour la formule de garantie choisie, lorsqu'aucune dépense d'appareillage auditif n'a été remboursée pour un Assuré au cours des

années d'assurances précédentes, le remboursement de l'année en cours est majoré du bonus appareillage auditif cumulé chaque année. Les montants majorés du Bonus appareillage auditif, et leurs limitations, sont précisés sur le tableau des garanties selon la formule de garanties souscrite.

Plafond annuel 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. Son montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule de garantie souscrite joint au Certificat d'Adhésion de l'Adhérent.

Lorsque le plafond annuel de remboursement dentaire est atteint, et sous réserve que la prestation concernée soit prise en charge par le Régime Obligatoire de l'assuré, la garantie interviendra à hauteur des participations minimales précisées à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ PROPOSÉS

Tiers payant :

Si ce service est prévu dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut être délivrée à l'Adhérent par ECAAssurances 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, ECA Assurances 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 Santé :

S'ils sont mentionnés sur le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue, les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de votre filassistance internationale sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

11.2 – LA FILASSISTANCE INTERNATIONALE PERTE D'EMPLOI

La garantie a pour objet de prendre en charge la cotisation de l'Adhérent à la présente garantie Santé, pendant une période de 24 mois maximum.

La garantie intervient, après une période d'assurance de 12 mois au moins lorsque l'Adhérent :

- Salarié, perd son emploi à la suite d'un licenciement économique et qu'il perçoit à ce titre l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (ARE) versée par le Pôle Emploi ;
- TNS, cesse son activité à la suite d'une liquidation judiciaire sous réserve qu'il n'exerce aucune activité professionnelle lui procurant des revenus.

L'exonération du paiement de la cotisation débute le 1^{er} jour du mois qui suit le point de départ de l'indemnisation de Pôle Emploi, ou à la date du jugement définitif prononçant

la liquidation judiciaire de l'entreprise.

Art.12 - La modification de vos garanties

Après un an d'adhésion, l'Adhérent peut demander à modifier ses garanties.

En cas de modification vers des garanties inférieures :
La modification prendra effet à la prochaine échéance annuelle, sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date.

En cas de modification vers des garanties supérieures :
la modification prendra effet le premier du mois suivant sa demande. Dans ce cas, le retour à une garantie inférieure, évoqué au paragraphe ci-dessus, ne pourra être effectif lors d'une échéance principale annuelle que dans la mesure où vous justifiez d'une période d'assurance de 12 mois complets dans la nouvelle formule de garantie.

La limite d'âge d'accès au contrat doit être respectée lors de la demande de changement. Les modifications s'appliquent à l'ensemble des assurés de l'adhésion.

Art.13 – Les exclusions et les limitations

IMPORTANT : Sous réserve que la prestation concernée soit prise en charge par le Régime Obligatoire de l'assuré, la garantie interviendra à hauteur des participations minimales précisées à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale en cas de :

- survenance d'un des événements mentionnés aux articles 13.1 et 13.2,
- dépassement des limitations de prise en charge prévues à l'article 13.4.

13.1 - LES EXCLUSIONS GENERALES

Sont exclus les accidents ou maladies et leurs suites qui résultent :

- Les frais engendrés par des soins réalisés antérieurement à la prise d'effet du contrat ou postérieurement à la résiliation de l'adhésion, ou pendant le délai d'attente;
- d'un état alcoolique de l'assuré caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile française au moment du sinistre ;
- de l'usage de stupéfiants ou substances analogues, médicaments ou traitements à des doses non prescrites médicalement,
- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente ;
- de la participation active de l'Assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger), à des crimes ou paris de toute nature ;
- d'une guerre étrangère ou civile ;
- 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).

13.2 - LES EXCLUSIONS RELATIVES A LA NATURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE HOSPITALIER

Nous ne garantissons pas l'indemnisation des frais hospitaliers dans les établissements, unités ou services suivants :

- hélio-marins ou de thalassothérapie ;
- long et moyen séjour ;
- gériatrie, retraite, hospices ou les centres pour personnes âgées dépendantes ;
- cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- établissements médico-sociaux.

En outre, nous ne remboursons pas les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident.

13.3 - LES EXCLUSIONS RELATIVES AUX FRAIS ET TRAITEMENTS SUIVANTS

Nous ne garantissons pas :

- Les frais engendrés par des soins réalisés antérieurement à la prise d'effet du contrat ou postérieurement à la résiliation de l'adhésion, ou pendant le délai d'attente;
- les frais de chambre particulière lors d'hospitalisation ou séjour en service spécialisé;
- tous les frais facturés par les établissements ou secteurs d'établissements pour lesquels le Régime Obligatoire ne prend pas en charge les frais d'hébergement ;
- le forfait journalier en cas de séjour en unité ou centre de soins de longue durée, en établissements et services qui accueillent des personnes âgées, ainsi qu'en établissements médico-sociaux ;
- les frais de prothèses et/ou appareillages dentaires provisoires.

13.4 - LES LIMITATIONS DE LA GARANTIE SANTE

Quelle que soit la formule souscrite, des limitations de remboursements sont prévues. En conséquence, la prise en charge de l'Assureur sur la base des garanties de la formule souscrite et mentionnées dans le tableau des garanties est limitée comme suit :

- pour les options CAP 2, CAP 3 et CAP 4 les prestations sont limitées pour l'ensemble des frais liés à une hospitalisation aux garanties de l'option CAP 1 pendant les 6 premiers mois d'adhésion, sauf si les frais sont consécutifs à un accident ;
- les hospitalisations et séjours en service spécialisé sont limités à 30 jours par an et par personne pour les formules CAP 2 et CAP 3. Cette limite est fixée à 60 jours pour l'option CAP 4 ;
- les séjours pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques seront limités pour chaque personne assurée à 90 jours pour toute la durée de vie de l'adhésion ;
- la prise en charge des consultations de psychiatrie et neuropsychiatrie est limitée de 6 par an et par assuré.

13.5 – LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS RELATIVES A LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI

Outre les exclusions prévues à l'article 13.1 de Les présentes Conditions Générales, ne donnent pas lieu à indemnisation par l'Assureur :

- toute période de chômage non indemnisée par le Pôle Emploi et/ou ne relevant pas du Régime d'Assurance Chômage de l'UNEDIC,
- toute période de chômage indemnisée par une allocation autre que l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (ARE) stricto sensu,
- la perte d'emploi qui est la conséquence d'une condamnation pénale de l'Adhérent dans le cadre de l'exercice de ses fonctions au sein de l'entreprise mise en liquidation judiciaire.

L'EXONERATION DU PAIEMENT DE LA COTISATION DANS LE CADRE DE LA FILASSISTANCE INTERNATIONAL PERTE D'EMPLOI EST LIMITEE A 24 MOIS PENDANT TOUTE LA DUREE VIE DE L'ADHESION.

EN AUCUN CAS LE VERSEMENT DE PRESTATIONS, MÊME EFFECTUÉ À PLUSIEURS REPRISES, NE SAURAIT CONSTITUER UNE RENONCIATION DE L'ASSUREUR À L'UNE DES EXCLUSIONS DE GARANTIES PRÉVUES AU CONTRAT.

Art.14 - Territorialité

La garantie du contrat s'exerce en France.

Elle s'étend pour la **Garantie santé** aux accidents et maladies, aux hospitalisations survenues à l'étranger lorsque le Régime Obligatoire de l'Assuré s'applique et que les séjours en-dehors de France ne dépassent pas 2 mois par an en une ou plusieurs périodes.

Art.15 – Comment obtenir le règlement de vos prestations ?

15.1 – LES DOCUMENTS QUE VOUS DEVEZ NOUS TRANSMETTRE

Pour le remboursement des dépenses de santé :

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec sa Caisse d'Assurance Maladie, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à nous transmettre sont les suivants :

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

La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques,...) : L'original du décompte de la Sécurité sociale *.

Le dentaire : L'original du décompte de la Sécurité sociale *. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.

L'optique : L'original du décompte de la Sécurité sociale * ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées. En cas de renouvellement de l'équipement d'optique dans le cadre d'une évolution de la vue, le remboursement se fera sur présentation, soit de la nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien.

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

Appareillage (prothèse auditive, prothèse orthopédique, prothèse capillaire, gros appareillage) : L'original du décompte de la Sécurité sociale*, ainsi que la facture détaillée acquittée.

Consultation de praticien de la santé non remboursée par le Régime Obligatoire (Ostéopathe, chiropraticien, homéopathe, pédicure, podologue, diététicien) : La note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

Vaccins, homéopathie, phytothérapie, contraceptifs et médicaments non remboursés par le Régime Obligatoire : la copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée.

Cure thermale : La facture des frais de transports (copie billet de train, avion), et des frais d'hébergement (hôtel, ou locations diverses : camping, gîte, etc.).

*** ou l'original du décompte de remboursement de votre régime complémentaire, dans le cas où vous auriez déjà obtenu un remboursement de ce dernier.**

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, ECA Assurances 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 ECA Assurances 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.

15.2 – CONTROLE DES DEPENSES – CONTROLE MEDICAL

Nous nous réservons la possibilité de demander aux assurés :

- tous renseignements ou documents dont nous jugerions 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 ECA Assurances

- de se faire examiner par un médecin de notre choix. Toute pièce médicale doit être adressée sous pli confidentiel au Médecin-conseil de ECA Assurances.

L'assuré s'engage, à transmettre les documents demandés et à se soumettre aux expertises médicales jugées nécessaires par l'Assureur, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

15.3 - 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 3^{ème} 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 3e médecin et des frais de sa nomination.

15.4 - LES MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des prestations, quelle qu'en soit la nature, est toujours effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

Dépenses de santé

A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le paiement des prestations est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des assurés.

Pour l'Assistance Perte d'Emploi

L'Adhérent en situation de chômage indemnisé par le Pôle Emploi par suite d'un licenciement économique doit transmettre le relevé de situation émanant du Pôle Emploi. Ce relevé de situation constate le nombre de jours indemnisés par le Pôle Emploi au titre de l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (ARE). Le 1er relevé de situation adressé permet de constater le sinistre et de procéder à la première prise en charge de la cotisation santé ; les relevés de situation périodiques suivants permettent de bénéficier de la garantie.

L'adhérent ayant perdu l'exercice de son activité par suite de liquidation judiciaire communique une copie du jugement définitif de liquidation judiciaire. Il transmettra trimestriellement une attestation sur l'honneur sur laquelle il confirme ne pas avoir repris d'activité lui procurant des revenus professionnels.

Art.16- 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 des opérations régies par le présent titre 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, du fait du membre participant, que du jour où l'Assureur ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont 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.

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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 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.

Art.17 - Subrogation

L'Assuré 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'Assuré dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable.

Art.18 - Informatique & libertés

Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les données à caractère personnel recueillies pour le compte de l'Assureur font l'objet d'un traitement informatisé pour permettre à notre délégataire et à son réseau d'apporteurs de vous contacter et/ou de vous adresser toute proposition ou documentation dans le cadre de votre recherche d'une solution d'assurance, puis le cas échéant pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance.

Les co-responsables de traitement sont REMA ASSURANCES, société d'assurance mutuelle, enregistrée au RCS sous le numéro 775 626 377 dont le siège est au 137, rue Victor Hugo, 92300 LEVALLOIS-PERRER, FILASSISTANCE INTERNATIONAL, société anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex et ECA ASSURANCES, société anonyme au capital social de 1 009 000 €, courtier en assurance, enregistré au Registre des Intermédiaires en assurances (ORIAS) sous le numéro 07 002 344, siège au 92/98 boulevard Victor Hugo, BP 83, 92115 CLICHY Cedex.

Les bases légales du traitement de vos données personnelles et, le cas échéant, celles de vos enfants mineurs, sont la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance ou votre consentement explicite recueilli lors de la collecte des données. Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Ces données sont nécessaires à la gestion de votre contrat et de vos garanties, et sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées aux Médecins-conseil ou services d'ECA en charge de la gestion de vos garanties.

Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus, ces données pourront être utilisées par les entités de notre groupe et pourront le cas échéant être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garantie, sous-traitants missionnés ainsi qu'aux organismes d'assurance des personnes impliquées et aux organismes et autorités publics.

Si un transfert hors de l'Union européenne des données

personnelles collectées et traitées devait être réalisé, des garanties seraient prises pour encadrer juridiquement ce transfert et assurer un bon niveau de protection de ces données.

Conservation de vos données personnelles

Vos données personnelles sont conservées dans le cadre des finalités mentionnées ci-dessus et conformément aux obligations légales en vigueur pour une durée de 10 ans à compter du terme de votre contrat d'assurances.

Vos droits à la protection de vos données

Vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition relativement à l'ensemble des données vous concernant. Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité). Vous pouvez retirer à tout moment le consentement accordé à l'utilisation de vos données.

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à ces demandes si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en nous adressant votre demande à ECA ASSURANCES, à l'attention du DPO, BP 83, 92/98 boulevard Victor Hugo, 92115 Clichy Cedex. Votre demande sera traitée par le Délégué à la Protection des Données. Concernant vos données de santé, ces droits s'exercent en plus par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'Assureur (adresse postale dans vos documents contractuels).

Vous avez la faculté d'introduire une réclamation :

- En adressant un courrier à ECA ASSURANCES, à l'attention du DPO, BP 83, 92/98 boulevard Victor Hugo, 92115 Clichy Cedex
- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 »

Sécurité

Nous accordons la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité des données personnelles de nos assurés et prospects et nous engageons à traiter vos données personnelles en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et au niveau de l'organisation.

Notification en cas de violations de données à caractère personnel

En cas de violation de vos données à caractère personnel, nous vous informons dans les meilleurs délais, lorsqu'elle est susceptible d'engendrer un risque élevé pour vos droits et libertés.

Nous vous informons, en des termes clairs et simples, de la nature de la violation de données à caractère personnel et vous communiquons :

- La description de la nature de la violation de données à caractère personnel y compris, si possible, les catégories et le nombre approximatif de personnes concernées par

la violation et les catégories et le nombre approximatif d'enregistrements de données à caractère personnel concernés ;

- Le nom et les coordonnées du délégué à la protection des données ou d'un autre point de contact auprès duquel des informations supplémentaires peuvent être obtenues ;
- La description des conséquences probables de la violation de données à caractère personnel ;
- La description des mesures prises ou que les co-responsables du traitement proposent de prendre pour remédier à la violation de données à caractère personnel, y compris, le cas échéant, les mesures pour en atténuer les éventuelles conséquences négatives.

Art.19 - Les réclamations - La médiation

En cas de réclamation, vous avez la possibilité de consulter la charte RECLAMATION de ECA-Assurances, accessible le site Internet (<https://eca-partenaires.com/mentions-copy/>) ou sur demande, qui vous donnera la procédure à suivre. En cas d'insatisfaction apportée par le service Relations Clients, vous pouvez adresser votre réclamation par mail à l'adresse suivante :

reclamation@eca-assurances.com

En cas de persistance de votre désaccord, vous pouvez saisir la cellule Supervision Réclamation à l'adresse suivante : Supervision Réclamation ECA Assurances – BP 83 – 92115 CLICHY cedex – superviseur-reclamation@eca-assurances.com, qui vous répondra dans un délai maximum de deux mois.

Ou vous pouvez saisir directement le Médiateur de l'assurance à l'adresse suivante : LA MEDIATION de L'ASSURANCE. POLE PLANETE CSCA.TSA 50110. 75441 PARIS cedex 09.

Vous pouvez également vous adresser à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 Place de Budapest-CS 92459 -75436 - PARIS cedex 09

Tel : 01 49 95 40 00

Le Médiateur ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

Ces différentes procédures de réclamation sont des procédures amiables et ne vous privent pas de votre droit de présenter votre dossier aux services judiciaires compétents suivant votre cas.

En cas de réclamation relative à un contrat souscrit sur notre site Internet, vous avez la possibilité d'utiliser la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Art.20 - Autorité de tutelle

Pour les Assureurs ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) – 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Art.21 – Possibilité de renonciation

Si votre adhésion est souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (articles L 112-2-1 du Code des Assurances et L221-18 du Code de la Consommation), elle peut être exécutée immédiatement et intégralement dès sa conclusion,

à votre demande expresse. Dans ce cadre, et conformément aux textes précités, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour vous rétracter à compter de la date de conclusion de votre adhésion (ou de la date de réception par l'Adhérent des documents contractuels, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités si cette date est postérieure).

En cas de vente par démarchage à domicile

- contrat hors établissement (article L112-9 du Code des Assurances) :

Si votre adhésion est effectuée lors d'un démarchage à votre domicile, vous disposez d'un délai de 14 jours, à compter de la conclusion du contrat, pour renoncer à votre souscription sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités en vertu de l'article L112-9 du Code des Assurances. Toute clause par laquelle l'adhérent abandonne son droit de rétractation est nulle.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à : ECA-Assurances – BP 83 – 92115 CLICHY. Elle

peut être faite suivant le modèle de lettre ci-après.

La cotisation dont vous êtes redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de votre adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle rétractation.

• En cas de rétractation :

- Si des prestations ont été versées, vous vous engagez à nous rembourser les montants perçus dans un délai de 30 jours.

- Si des cotisations ont été perçues, ECA-Assurances vous les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs, je soussigné (Nom et Prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat CAP SANTE SENIOR (indiquer numéro d'adhésion), que j'ai signé le (indiquer la date) et (si des cotisations ont été perçues) vous prie de me rembourser les cotisations déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie. Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Fait àLe

Signature de l'Adhérent

Art.22 – Gestion électronique des documents

Tous les documents échangés (courriers ECA et courriers adhérents) font l'objet d'une numérisation électronique.

Art. 23 – Filassistance internationale

Dans le cadre de votre adhésion au contrat CAP SANTE SENIOR, vous bénéficiez de la garantie assistance.

Les prestations d'assistance accordées aux bénéficiaires sont présentées dans les conventions d'assistance souscrites auprès de la société FILASSISTANCE INTERNATIONAL

ci-après nommée l'assisteur. Le détail de ces garanties est détaillé dans l'annexe 1 jointe à vos Conditions Générales.

Art. 24 – Opposition au démarchage téléphonique

En vertu des articles L223-1 et L223-2 du code de la consommation, le prospect ne souhaitant pas faire l'objet de démarchage téléphonique dispose d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site : <https://conso.bloctel.fr/index.php/inscription.php>.

En, tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas à ECA Assurances de joindre téléphoniquement l'Adhérent dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Dans le cadre de votre adhésion au contrat CAP SANTE SENIOR, vous bénéficiez de la garantie assistance.

Les prestations d'assistance accordées aux bénéficiaires sont présentées dans les conventions d'assistance souscrites auprès de la société FILASSISTANCE INTERNATIONAL ci-après nommée l'assisteur. Le détail de ces garanties est détaillé dans l'annexe 1 jointe à vos Conditions Générales.

**CONTRAT COLLECTIF N°00002005
ECA-ASSURANCES
ASSISTANCE SANTE SENIOR
CONVENTION D'ASSISTANCE**

**COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE
INTERNATIONAL**

- Téléphone : 01 70 36 06 52
- Télécopie : 01 53 21 24 88

24 heures sur 24, en indiquant le numéro de votre convention d'assistance : 000002005

IMPORTANT : Pour que les prestations d'assistance soient acquises, FILASSISTANCE INTERNATIONAL doit avoir été prévenue (par téléphone, fax) et avoir donné son accord préalable

ECA-ASSURANCES a souscrit au profit de ses adhérents la présente convention d'assistance n°000002005 auprès de FILASSISTANCE INTERNATIONAL .

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordées aux bénéficiaires définis ci-dessous.

Ces prestations sont assurées et gérées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

ECA-Assurances est une société anonyme de courtage d'assurances, immatriculée sous le n°402 430 276 RCS NANTERRE, dont le siège social est situé 92/98 Boulevard Victor Hugo BP 8392115 CLICHY Cedex. Inscrite au registre ORIAS sous le numéro 07 002 344 (www.orias.fr).

1.DISPOSITIONS GENERALES

1.1.BENEFICIAIRES

Bénéficiaire des garanties décrites dans la présente convention d'assistance :

- toute personne physique titulaire d'un contrat « FRAIS DE SANTE CAP SANTE SENIOR » souscrit auprès d'ECA-ASSURANCES en cours de validité.
- le conjoint de l'adhérent,
- leurs enfants.

Les bénéficiaires doivent vivre sous le même toit et leur domicile fiscal doit être situé en France telle que définie au 1.4 et portés sur le bulletin d'adhésion.

1.2.VALIDITE TERRITORIALE

Les garanties sont utilisables au domicile du bénéficiaire en France telle que définie au 1.4, sauf restrictions expressément stipulées.

1.3.PRISE D'EFFET ET DUREE

L'ensemble des garanties définies dans la présente convention suit le sort du contrat « FRAIS DE SANTE SENIOR » auquel il se rattache et dont il fait partie intégrante (date d'effet, durée, suspension, renouvellement, résiliation...).

Les garanties sont acquises à tout bénéficiaire visé au 1.1 dès lors que l'événement à l'origine de sa demande d'assistance survient durant la période de validité de cette convention et au plus tôt le 1^{er} mai 2013.

1.4.DEFINITIONS

Pour l'application de la présente convention d'assistance, on entend par :

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

CONJOINT : le conjoint proprement dit de l'adhérent, ou son concubin ou son partenaire lié par Pacte Civil de Solidarité.

DEPENDANT (DEPENDANCE OU PERTE D'AUTONOMIE) : diminution du potentiel physique ou psychique du proche de l'adhérent (ou son conjoint) dont l'état est consolidé. L'état physique ou psychique de ce proche est consolidé lorsqu'il ne peut plus s'améliorer. La perte d'autonomie doit avoir pour conséquence d'empêcher ce proche d'accomplir seul au moins trois des six actes ordinaires de la vie quotidienne suivants : toilette, habillage, alimentation, préparation des repas, ménage ou déplacements.

DOMICILE : le lieu de résidence principale et habituelle de l'adhérent et des bénéficiaires, situé en France telle que définie ci-dessous, mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

ENFANT : l'enfant âgé de moins de 16 ans à charge de l'adhérent et/ou de son conjoint

EVENEMENT : selon la garantie sollicitée, la maladie, l'accident, le décès.

FRAIS DE SEJOUR : frais d'hôtel petit-déjeuner continental inclus.

FRANCE : France Métropolitaine (Corse incluse), Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion, ainsi que Principautés d'Andorre ou de Monaco.

HOSPITALISATION : tout séjour supérieur à 48 heures consécutives (sauf stipulation contraire) dans un établissement de santé, 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 (sauf stipulations contraires), médicalement prescrite, et consécutive à un accident ou une maladie.

MALADIE : altération de la santé, constatée par une autorité médicale habilitée.

PROCHE : père, mère, conjoint, enfant de l'adhérent.

1.5.NECESSITE DE L'APPEL PREALABLE

Pour que les prestations d'assistance ci-après exposées soient acquises, FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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 FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

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

- contacter FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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 FILASSISTANCE INTERNATIONAL puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, servir les prestations garanties adaptées à la situation.

1.6. ENGAGEMENTS FINANCIERS

1.6.1. ENGAGEMENTS FINANCIERS

Sans préjudice des règles exposées au 1.5 et 1.6.3, toute demande de prise en charge adressée par le bénéficiaire à FILASSISTANCE INTERNATIONAL devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

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

1.6.2. AVANCE DE FRAIS

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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 FILASSISTANCE INTERNATIONAL :

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

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

Délai de remboursement de l'avance à FILASSISTANCE INTERNATIONAL :

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

Sanctions :

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois,

la somme deviendra immédiatement exigible et FILASSISTANCE INTERNATIONAL pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

1.6.3. 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 FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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 FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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, FILASSISTANCE INTERNATIONAL recommande au bénéficiaire d'adresser ces documents sous pli confidentiel à l'attention du service médical de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

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

1.7. EXCLUSIONS

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

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne garantit pas les événements suivants et leurs conséquences :

- Les états de grossesse et leurs complications (à l'exception des séjours en maternité pour grossesse pathologique supérieure à 8 jours) ;
- les conséquences d'un dommage intentionnellement commis par l'adhérent ;
- les hospitalisations aux fins de soins de suite et de réadaptation ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les maladies ou troubles mentaux comprenant les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;
- 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.

1.8.PRESCRIPTION

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

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.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires (citation en justice, commandement ou mesure d'exécution forcée) 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. 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.

1.9.SUBROGATION

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

1.10.LOI APPLICABLE - LITIGE

Le présent contrat est soumis à la loi française. Toute action dérivant des conditions générales sera portée devant le Tribunal dans le ressort duquel l'adhérent a son domicile.

1.11.CONTROLE

ECA-ASSURANCES et FILASSISTANCE INTERNATIONAL sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

1.12.RECLAMATIONS

A.RECLAMATION PORTANT SUR LES CONDITIONS DE SOUSCRIPTION, DE GESTION OU DE RESILIATION DE L'ADHESION :

En cas d'insatisfaction apportée par le service Relations Clients, l'assuré peut adresser une réclamation au service Service réclamations d'ECA BP 83 92115 Clichy cedex ou

reclamation@eca-assurances.com

En cas de persistance du désaccord, l'Adhérent peut saisir la cellule Supervision Réclamation à l'adresse suivante : Supervision Réclamation ECA Assurances – BP 83 – 92115 CLICHY cedex – superviseur-reclamation@eca-assurances.com, qui répondra dans un délai maximum de deux mois.

Si la réponse apportée demeure insatisfaisante, l'Adhérent dispose de la faculté de saisir directement le Médiateur de l'assurance à l'adresse suivante : LA MEDIATION de L'ASSURANCE. POLE PLANETE CSCA.TSA 50110. 75441 PARIS cedex 09.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, l'assuré peut s'adresser au Service Réclamations de FILASSISTANCE INTERNATIONAL (cf. C)

B.RECLAMATION CONCERNANT LE TRAITEMENT DU SINISTRE :

Toute réclamation portant sur une prestation assurée par FILASSISTANCE INTERNATIONAL (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) doit être formulée dans un premier temps auprès du service chargé de traiter la demande de prestation en appelant le numéro suivant : 01 70 36 06 52.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, l'assuré peut s'adresser au Service Réclamations de FILASSISTANCE INTERNATIONAL (cf. C)

C.SI LA REPONSE APPORTEE A LA RECLAMATION NE SATISFAIT PAS L'ASSURE :

L'assuré peut adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante : FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Service Réclamations, 108 bureaux de la colline , 92213 SAINT CLOUD CEDEX.

Une réponse sera adressée dans un délai de quinze jours à compter de la réception du courrier de réclamation. Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, FILASSISTANCE INTERNATIONAL envoie un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse.

1.13.EXONERATION DE RESPONSABILITE FILASSISTANCE INTERNATIONAL

est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties.

Toutefois :

- la responsabilité de FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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 FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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.

- FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
 - soit, de cas de force majeure,
 - soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du code des assurances),
 - soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
 - soit, des interdictions officielles,
 - soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
 - soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

2.GARANTIES ACCORDEES

2.1.ASSISTANCE INFORMATION SANTE

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 le médecin traitant. Cette assistance téléphonique est accessible, du lundi au samedi de 9H à 19H, sur simple appel du bénéficiaire.

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

Les médecins peuvent répondre à toutes demandes du bénéficiaire. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

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

2.1.1. INFORMATION SANTE D'ORDRE GENERAL

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

- la santé,
- les vaccinations,
- la mise en forme,
- la diététique,

2.1.2. INFORMATION VOYAGES

INFO SANTE est aussi un service d'informations sur les obligations en matière de vaccins et les précautions d'usage avant, pendant et après les voyages, selon les pays visités.

2.1.3. INFORMATION DEPENDANCE

Sur simple appel téléphonique, le bénéficiaire peut solliciter auprès de FILASSISTANCE INTERNATIONAL des renseignements et des informations sur la dépendance, notamment dans les domaines suivants :

- information et conseils médicaux dans le domaine de la dépendance : renseignements d'ordre général dans le domaine de la dépendance ou du handicap dans le respect des règles déontologiques préconisées par l'ordre des médecins ;
- informations et conseils sur l'adaptation du lieu de vie : la perte d'autonomie et ses conséquences dans les domaines de l'environnement et l'architecture

- informations sur les aides disponibles, informations sur l'habitation, aménagement et matériel spécifique...;
- informations et conseils d'ordre juridico-social : délivrance d'informations d'ordre social et juridique à propos des aides au financement d'un projet d'adaptation, des services d'aides sociales et de la maîtrise des coûts (CESU inclus, bien entendu);
- informations et conseils «relais de la dépendance» : renseignements sur les hôpitaux, maisons de retraite, centres de rééducation fonctionnelle, auxiliaires de vie, dentistes accessibles, ergothérapeutes, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues et psychomotriciens.

2.1.4. INFORMATION JURIDIQUE PRATIQUE ET SOCIALE

FILASSISTANCE INTERNATIONAL recherche et communique à l'adhérent les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines mentionnés ci-après.

- Informations d'ordre juridique : Habitation, logement, impôt, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense, recours, salaires, contrats de travail, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, succession, affaires sociales.

- Informations vie pratique : Formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles, logement.

- Informations sociales : les différentes aides sociales, les modalités et les démarches à effectuer, les services d'action sociale répondant aux besoins...

- Du lundi au vendredi de 9h à 18 h, l'adhérent peut contacter FILASSISTANCE INTERNATIONAL 24/24h et 7j/7 et formuler sa demande d'information. En fonction de la nature de la demande, FILASSISTANCE INTERNATIONAL formulera la réponse dans un délai ne dépassant pas 72 heures.

L'assistance information a un caractère uniquement documentaire (au sens de l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971) et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques. La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du bénéficiaire. FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut pas être tenue responsable de la caducité des informations qui résulterait de l'entrée en vigueur d'une loi ou d'un règlement postérieurement à cet appel.

De même cette assistance téléphonique est fournie sur la base des informations communiquées par le bénéficiaire, FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne sera pas tenue responsable des conséquences dommageables qui pourraient résulter de la communication par le bénéficiaire d'informations incomplètes ou inexactes.

De même, la responsabilité de FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne pourra être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation erronée par le bénéficiaire des informations communiquées à l'occasion de cette assistance.

Sont exclus de la garantie les demandes d'information ayant trait à des thèmes juridiques ne relevant pas du droit français.

2.2. EN CAS D'HOSPITALISATION D'IMMOBILISATION AU DOMICILE

Rappel : l'hospitalisation du bénéficiaire doit être supérieure à 48 heures consécutives et l'immobilisation au domicile doit être à 5 jours consécutifs.

2.2.1. RECHERCHE D'UN MEDECIN (EN FRANCE METROPOLITAINE)

En l'absence du médecin traitant habituel, FILASSISTANCE INTERNATIONAL aide le bénéficiaire à rechercher un médecin pour une visite à domicile en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

Les frais et honoraires du médecin restent à la charge exclusive du bénéficiaire.

L'indisponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

2.2.2. ACHEMINEMENT DES MEDICAMENTS

Si du fait de son immobilisation au domicile, le bénéficiaire ne peut pas se déplacer pour se procurer des médicaments indispensables au traitement prescrit par ordonnance médicale, FILASSISTANCE INTERNATIONAL fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au domicile du bénéficiaire ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser à FILASSISTANCE INTERNATIONAL au moment même de leur livraison.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

2.2.3. ORGANISATION DE SOINS A DOMICILE

A la demande du bénéficiaire et sous réserve que les soins soient prescrits par un médecin, FILASSISTANCE INTERNATIONAL met à sa disposition un service de soins à domicile (infirmière, auxiliaire de vie).

Le coût de ce service reste à la charge du bénéficiaire.

2.2.4. GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

Si, durant l'hospitalisation de l'adhérent (ou de son conjoint), ses enfants ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de l'entourage du bénéficiaire, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge par événement :

- soit leur garde au domicile du bénéficiaire dans la limite de 20 heures réparties sur une période de 2 jours consécutifs maximum. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 150 € TTC pour l'ensemble de la prestation.
- soit leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe chez un proche résidant en France.
- soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire.
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers/retours par événement et dans un rayon de 25 Km du domicile. La prise en charge

ne pouvant dépasser la somme de 500 € TTC pour l'ensemble des enfants ou petits-enfants concernés

2.2.5. TRANSFERT ET GARDE D'ANIMAUX DOMESTIQUES FAMILIERS

A la demande du bénéficiaire, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux vivant au domicile du bénéficiaire, dans la limite de 15 jours calendaires maximum à compter du début ou de la fin de son hospitalisation.

Sont exclus :

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

Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge avec un maximum de 230 € TTC.

2.2.6. ACCOMPAGNEMENT CONVALESCENCE :

TELEASSISTANCE MEDICALISEE

Cette garantie s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours d'un adhérent de plus de 65 ans.

Après une hospitalisation, FILASSISTANCE INTERNATIONAL met à disposition un service de Télé-Assistance (Prévifil) pendant la convalescence de l'adhérent pour une durée de 1 mois avec possibilité de prolonger le service au-delà de cette période de prêt dans le cadre d'un abonnement à tarif préférentiel à la charge de l'adhérent.

2.3. EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

2.3.1. AVANCE DE FONDS EN CAS DE DECES

Suite au décès de l'un des membres de sa famille (conjoint, ascendants ou enfants), FILASSISTANCE INTERNATIONAL procure au bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêt, une somme de 1 000 € maximum.

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds et elle a pour seule finalité de permettre aux bénéficiaires de payer des dépenses imprévues et en lien direct avec la survenance de ce décès.

L'avance est versée par FILASSISTANCE INTERNATIONAL et remboursée par le bénéficiaire conformément au paragraphe 1.6.2.

2.3.2. GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

En cas de décès de l'adhérent (ou de son conjoint), ses enfants ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de l'entourage du bénéficiaire, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en

charge par événement :

- soit leur garde au domicile du bénéficiaire dans la limite de 20 heures réparties sur une période de 2 jours consécutifs maximum. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 150 € TTC pour l'ensemble de la prestation.
- soit leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe chez un proche résidant en France.
- soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire.

2.3.3. AIDE A DOMICILE

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, si son entourage ne peut pas apporter l'aide nécessaire au veuf (ou à la veuve), FILASSISTANCE INTERNATIONAL met à disposition une aide ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas et prend en charge les frais correspondants dans la limite de 10 heures de travail effectif réparties sur les 15 premiers jours maximum à compter de la date du décès.

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