

COCOON ASSURANCE SANTÉ



Information et Conseil

Article L. 520-1 du code des assurances

Les informations suivantes que nous vous invitons à lire attentivement concernent votre contrat d'assurance Cocoon Assurance Santé. Ces informations vous renseignent sur l'identité de l'assureur, de l'assistant, de l'intermédiaire, ainsi que sur certains éléments essentiels du contrat d'assurance sur lesquels nous souhaitons attirer votre attention. Il est important de lire intégralement la Notice d'information du contrat d'assurance réf. NI CAS 04/15 valant information précontractuelle et contractuelle (article L 112-2 et article L 112-2-1 du code des assurances) et de poser toutes vos questions en appelant le 02 98 76 92 60 afin de vous assurer que le contrat d'assurance est en adéquation avec votre situation financière et vos besoins personnels.

■ À qui s'adresse le contrat d'assurance Cocoon Assurance Santé ?

Cocoon Assurance Santé s'adresse aux personnes physiques qui, à la date d'adhésion, sont âgées de 18 ans au minimum et de moins de 76 ans, sont assujetties à un régime d'assurance maladie obligatoire en vigueur en France métropolitaine et souhaitent bénéficier d'un contrat de frais de santé.

■ Le contrat d'assurance Cocoon Assurance Santé

Cocoon Assurance Santé a pour objet d'accorder un complément aux prestations en nature versées par un régime obligatoire d'assurance maladie en France métropolitaine, ou, dans les cas expressément énumérés dans le tableau des garanties, les dépenses de santé médicalement prescrites ou non en fonction de la formule choisie et de bénéficier des prestations d'assistance prévues dans le cadre du contrat, dans les limites et conditions précisées lors de votre souscription. Le remboursement est garanti pour les frais médicaux exposés durant la période de validité de l'adhésion en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Dans la limite de la dépense réelle, ce remboursement correspond soit à la différence entre le pourcentage du tarif retenu par le régime obligatoire et son remboursement, soit à un montant forfaitaire, selon les modalités décrites dans le tableau des garanties.

Cocoon Assurance Santé a également pour objet la prise en charge de prestations d'assistance décrites dans la partie « Vos prestations d'assistance » de la Notice d'information.

Conditions, prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion prend effet à compter de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Vous adhérez au contrat à partir de la date de prise d'effet de votre adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours, puis votre contrat se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations et du respect des conditions d'adhésion.

Résiliation, cessation de l'adhésion

Vous pouvez à tout moment au-delà de la première année d'assurance mettre fin à l'adhésion, moyennant préavis d'un mois, par tout moyen écrit à votre convenance et justifiable par vos soins à l'attention de Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex. La résiliation prendra effet un mois après la date de notification à l'assureur ou à une échéance ultérieure si vous la précisez.

L'assurance prend également fin à l'égard de tous les bénéficiaires indiqués sur le certificat d'adhésion en cas de non-paiement de la cotisation (se reporter à l'article 6.3 de la Notice d'information « Non-paiement des cotisations »), et à

l'échéance annuelle de l'adhésion, sauf disposition contraire indiquée dans le certificat d'adhésion, en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat cadre.

■ Cotisation

Le montant de la cotisation et sa périodicité de paiement figurent sur le certificat d'adhésion. Les modalités qui s'y rapportent sont indiquées à l'article 6 de la Notice d'information « Les cotisations ».

■ Faculté de renonciation

Vous disposez d'une faculté de renonciation d'une durée de 30 jours à compter de la date d'adhésion au contrat à condition que vous n'ayez pas déclaré de sinistre entre temps.

Afin de renoncer à l'adhésion, il convient de nous adresser à l'attention de Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception suivant le modèle ci-dessous : « *Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse de l'adhérent] déclare renoncer à l'adhésion n° [numéro d'adhésion figurant sur le certificat d'adhésion] à laquelle j'avais souscrit le [date de la souscription] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant recueilli l'adhésion]. [Date] [Signature de l'adhérent]* ».

■ Information concernant l'Assureur

Serenis Assurances SA - Société anonyme au capital de 16 422 000 € - 350 838 686 RCS ROMANS - N° TVA FR13350838686 - Entreprise régie par le code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN cedex.

■ Information concernant l'Assisteur

Inter Partner Assistance, agissant sous la marque Axa Assistance - Succursale pour la France - 6 rue André Gide 92320 CHÂTILLON - RCS Nanterre 316 139 500 - TVA intracommunautaire FR 42 316 139 500 - Société anonyme de droit belge au capital de 11 702 613 € - Entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 0487 - Immatriculée sous le numéro 415 591 055 au Registre des Personnes Morales de Bruxelles dont le siège social est situé 166 Avenue Louise 1050 IXELLES Bruxelles Capitale - Belgique - Entreprise soumise au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique.

■ Information concernant l'Intermédiaire

Coverlife - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.orias.fr - Agissant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

■ En cas de réclamation

Toute réclamation concernant l'assureur ou le contrat d'assurance peut être adressée à Serenis Assurances SA - Responsable des Relations Consommateurs - 34 rue du Wacken - 67906 STRASBOURG cedex 9.

Toute réclamation concernant l'intermédiaire peut être adressée à Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex.

Toute réclamation concernant l'assistant ou les prestations d'assistance peut être adressée à Inter Parnier Assistance - Service Gestion Relation Clientèle - 6 rue André Gide 92320 CHÂTILLON.

COCOON ASSURANCE SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION

Notice d'information réf. NI CAS 04/15 valant information précontractuelle et contractuelle (article L 112-2 et article L 112-2-1 du code des assurances) pour les contrats d'assurance Cocoon Assurance Santé - Contrats CT 1750095 (Eco), CT 1750090 (Essentiel), CT 1750091 (Essentiel +), CT 1750092 (Confort), CT 1750093 (Confort +), CT 1750094 (Privilège)

SOMMAIRE

Dispositions spécifiques à la vente à distance.....	1	Art. 20 - Autorité chargée du contrôle des assurances.....	8
Définitions	2	Art. 21 - Enregistrement des communications.....	8
Art. 1 - Quelques définitions utiles	2	Vos prestations d'assistance	
Partie 1 - Votre complémentaire santé	3	Art. 22 - Définitions.....	8
Art. 2 - La nature du contrat	3	Art. 23 - Garanties d'information santé.....	9
Art. 3 - L'objet du contrat	3	Art. 24 - Assistance en cas d'immobilisation à domicile de plus de 5 jours ou d'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures du bénéficiaire.....	9
Art. 4 - Le caractère du contrat.....	3	Art. 25 - Assistance Maternité.....	11
La vie du contrat		Art. 26 - Assistance en cas d'évènement grave.....	12
Art. 5 - Les conditions et les formalités d'adhésion	3	Art. 27 - Assistance en cas de décès	12
Art. 6 - Les cotisations	4	Art. 28 - Organisation de services à la personne.....	14
Art. 7 - La résiliation de l'adhésion	5	Art. 29 - Location de téléviseur	14
Art. 8 - Les obligations de l'adhérent.....	5	Art. 30 - Exclusions communes à toutes les garanties d'assistance.....	14
Art. 9 - La fraude et la fausse déclaration	5	Art. 31 - Conditions restrictives d'application	15
Art. 10 - L'étendue territoriale des garanties	5	Art. 32 - Conditions générales d'application.....	15
Art. 11 - La prescription	5	Art. 33 - Cadre juridique.....	15
Vos garanties		Annexe - Tableaux des garanties	16
Art. 12 - Les prestations couvertes.....	6	Eco.....	16
Art. 13 - Le règlement des prestations.....	6	Essentiel	17
Art. 14 - Les exclusions	7	Essentiel +.....	18
Art. 15 - La subrogation	7	Confort	19
Dispositions diverses et informations légales		Confort +.....	20
Art. 16 - Loi applicable au contrat	7	Privilège.....	21
Art. 17 - Informatique et Libertés	7		
Art. 18 - Réclamation	7		
Art. 19 - Médiation	8		

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA VENTE À DISTANCE

Information précontractuelle dans le cadre de la vente à distance
Les présentes dispositions valent également notice d'information à caractère commercial dans le cadre de la vente à distance. En vue de nos relations précontractuelles, contractuelles ainsi que de la rédaction du contrat, la langue française sera applicable. La loi applicable à nos relations précontractuelles et au contrat est la loi française.

Droit de renonciation à l'adhésion

Vous pouvez renoncer à l'adhésion lorsqu'elle a été conclue à distance sans pénalités et sans obligation de motivation, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de 30 jours calendaires à compter du jour de la conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où vous recevez les conditions contractuelles et toutes autres informations complémentaires si ce dernier jour est postérieur à celui de la conclusion de l'adhésion.

La renonciation prend effet au moment de la notification.

Dans les trente jours suivant la réception de la lettre de renonciation, la compagnie d'assurance procédera au remboursement des sommes versées correspondant à la période au titre de laquelle la garantie n'est plus accordée.

Date de prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion sous réserve du paiement effectif des cotisations. Il ne peut prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation sauf acceptation expresse de l'adhérent.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À L'ADHÉSION PAR INTERNET

Modalités d'adhésion

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements fournis par vos soins en réponse à notre questionnaire visant à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer.

L'ensemble des renseignements fournis en réponse à notre questionnaire donne lieu à l'établissement d'une proposition d'assurance.

À chaque étape qui précède la signature en ligne de l'adhésion, vous disposez de la possibilité de modifier les éléments saisis ou d'abandonner la procédure.

Après avoir pris connaissance des dispositions contractuelles, la proposition d'adhésion à l'assurance est validée par vos soins au moyen de la signature électronique. La signature électronique est un élément indispensable pour la validité de l'adhésion. Elle se matérialise dans le pavé acceptation par la validation des cases à cocher et du clic sur le bouton « Confirmer ».

Dès validation de votre adhésion, le certificat d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'assureur et comporte le numéro de votre adhésion est émis. Un e-mail de confirmation vous est adressé par le souscripteur et vous pourrez consulter votre certificat dans votre espace personnel.

La signature électronique permet de garantir l'authenticité et l'intégrité des informations fournies à l'adhérent (proposition, notice d'information, certificat d'adhésion). En cas de contestation, ces informations ont seules valeur probante.

Consultation et archivage des documents

Chaque document contractuel mis à votre disposition lors de l'adhésion peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format Pdf sur le disque dur de votre ordinateur. Par ailleurs, les documents contractuels seront archivés sur un support fiable et durable. Ces documents sont accessibles à tout moment dans votre espace personnel, pendant un délai conforme aux exigences légales.

Convention de preuve

Les données fournies par l'utilisateur de ce site Internet ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit. Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve devant la juridiction compétente en cas de litige entre les parties.

Les parties acceptent que les données stockées et archivées par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur.

Responsabilités

L'éditeur du site et l'hébergeur déclinent toute responsabilité en cas de dysfonctionnement pouvant résulter de l'utilisation de l'équipement personnel de l'utilisateur pour accéder aux différents services, de faits propres aux fournisseurs d'accès ou d'un cas de force majeure. Il vous appartient d'assurer la sécurité de votre ordinateur. Lorsque vous accédez au site Internet, vérifiez soigneusement l'adresse affichée par votre navigateur Internet, vérifiez la dernière connexion, déconnectez-vous après chaque utilisation, ne cliquez jamais sur un lien contenu dans un e-mail non sollicité, supprimez les e-mails douteux sans les ouvrir.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À L'ADHÉSION PAR VOIE TÉLÉPHONIQUE

Modalités d'adhésion

L'adhésion est conclue par échange de consentement oral avec enregistrement vocal de l'accord téléphonique, à la date de l'entretien téléphonique au cours duquel les caractéristiques de l'adhésion par téléphone et du contrat vous sont présentées et au cours duquel vous demandez l'adhésion à l'assurance. Après l'adhésion les informations précontractuelles et contractuelles vous sont adressées par voie postale ou par e-mail ou par impression des documents sur le site via votre espace personnel.

Preuve de l'adhésion

Les parties conviennent que les enregistrements des conversations sont conservés par l'assureur ou l'intermédiaire en assurance et qu'ils constituent la preuve de l'identité de l'adhérent, de son consentement à l'assurance, de la teneur du contrat, des moyens de paiement de la cotisation d'assurance et des opérations effectuées en cours de contrat.

De manière générale, les parties conviennent qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même la preuve apportée par l'adhérent consisterait en un document établi sur support papier.

DÉFINITIONS

Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés.

1. QUELQUES DÉFINITIONS UTILES

VOUS

Désigne les assurés (adhérents et bénéficiaires).

ACCIDENT

Est considéré comme un accident toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'adhérent ou du bénéficiaire, à la suite d'évènements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures. **Ne sont pas considérés comme accidents mais comme maladies : les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Celles-ci peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale, une lombalgie, un lumbago, une sciatalgie ou une hernie.**

ACTES DE PRÉVENTION

Mesures destinées à éviter la survenance d'un accident, l'apparition d'une maladie, ainsi que les moyens visant à en limiter l'aggravation ou les séquelles.

ADHÉRENT

Toute personne physique est désignée par le terme « adhérent » de par son appartenance au contrat. L'adhérent souscrit le contrat pour lui-même et pour les bénéficiaires qu'il désigne.

AMM

Autorisation de Mise sur le Marché, accordée aux médicaments ayant prouvé leur efficacité et leur sécurité d'emploi, délivrée par l'AFSSAPS (Agence française de Sécurité sanitaire des produits de santé).

ANNÉE D'ASSURANCE

Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé.

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Régimes obligatoires couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

ASSURÉ SOCIAL

Toute personne immatriculée à titre personnel à un régime obligatoire d'assurance maladie.

ASSUREUR

Serenis Assurances, dont le siège social est à VALENCE (26000), 25 rue du Docteur Henri Abel.

AVENANT

Modification demandée en cours d'adhésion et faisant partie intégrante de l'adhésion.

AYANT DROIT

Toute personne à la charge de l'assuré social au sens de la Sécurité sociale et bénéficiant à ce titre des prestations.

BASE DE REMBOURSEMENT = BRSS

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

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. 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, appareillages et autres biens médicaux

BÉNÉFICIAIRE

Toute personne assurée, nommément désignée sur le bulletin d'adhésion, et acceptée par l'assureur.

CONJOINT DE L'ADHÉRENT

La personne mariée à l'adhérent OU la personne signataire d'un pacte civil de solidarité (Pacs) avec l'adhérent OU le concubin notoire, libre de tout lien conjugal ou de Pacs avec l'assuré et vivant sous le même toit que l'adhérent.

CURE THERMALE

La cure thermale doit obligatoirement être prescrite par un médecin.

DÉPASSEMENT DE TARIF

Montant excédant la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et non pris en charge par la Sécurité sociale.

ÉCHÉANCE PRINCIPALE

Date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Somme forfaitaire que votre régime obligatoire d'assurance maladie laisse à votre charge en cas d'hospitalisation, correspondant à des frais hôteliers.

GÉNÉRATION

Société de courtage d'assurance, en charge de la gestion des prestations du contrat d'assurance.

HOSPITALISATION

Séjour prescrit par un médecin, effectué par un bénéficiaire pendant au moins une nuit, dans un établissement médical de soins agréé, public ou privé, pour y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux nécessités par une maladie, un accident ou une maternité.

INLAY / ONLAY

Techniques employées en dentisterie qui permettent de reconstruire une dent tout en la gardant vivante et d'éviter d'avoir à réaliser une prothèse.

MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététicien, pédicure, podologue.

PHARMACIE

Produits prescrits par un médecin pour prévenir ou guérir une maladie ou les suites d'un accident garanti, et délivrés par un pharmacien.

PRESCRIPTION

Délai au terme duquel toute action dérivant du contrat est éteinte.

RÉSILIATION

Cessation des effets de l'adhésion.

SOINS COURANTS

Frais exposés pour une maladie ou un accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et qui donnent lieu à un remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale.

TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITÉ

TFR est un tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments.

TÉLÉTRANSMISSION

Système informatique d'échange d'informations.

TICKET MODÉRATEUR

Part de dépense laissée à la charge du bénéficiaire des soins, correspondant à la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire d'assurance maladie.

PARTIE 1 : VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

2. NATURE DU CONTRAT

Il s'agit d'un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par Coverlife ci-après dénommé « Souscripteur », auprès de Serenis Assurances SA ci-après dénommées « Assureur ».

Ce contrat est régi par le code des assurances.

Il peut faire l'objet de modifications ; à cette occasion, une information écrite est adressée aux adhérents par le Souscripteur.

3. OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet d'accorder un complément aux prestations en nature versées par un régime obligatoire d'assurance maladie en France métropolitaine, ou dans les cas expressément énumérés dans le tableau des garanties, les dépenses de santé médicalement prescrites ou non. Ce remboursement est garanti pour les frais médicaux exposés durant la période de validité de l'adhésion en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Dans la limite de la dépense réelle, ce remboursement correspond soit à la différence entre le pourcentage du tarif retenu par le régime obligatoire et son remboursement, soit à un montant forfaitaire, selon les modalités décrites dans le tableau des garanties.

4. LE CARACTÈRE DU CONTRAT

Le contrat respecte les critères des contrats responsables prévus par l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et dont dépend le bénéfice des avantages sociaux et fiscaux des contrats complémentaires.

En cas d'évolutions législatives ou réglementaires touchant « les contrats responsables », le contrat pourra faire l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique. Les adhérents en seront informés préalablement.

LA VIE DU CONTRAT

5. LES CONDITIONS ET LES FORMALITÉS D'ADHÉSION

5.1. QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?

Toute personne physique âgée de 18 ans au minimum et assujettie à un régime d'assurance maladie obligatoire en vigueur en France métropolitaine peut bénéficier de ce contrat en qualité d'adhérent. L'âge de l'adhérent, à la date d'effet de l'adhésion, doit être inférieur à 76 ans.

Quelle que soit la garantie souscrite, les bénéficiaires des contrats d'assurance Cocoon Assurance Santé peuvent être :

- Le conjoint de l'adhérent, assujetti à titre personnel ou à titre d'ayant droit, dont l'âge à l'adhésion est inférieur à 76 ans

- Les ayants droit de l'un ou de l'autre de moins de 18 ans
- Les ayants droit de l'un ou de l'autre, âgés de 18 à 25 ans (inclus), s'ils sont étudiants (sur présentation d'une carte d'étudiant ou d'un certificat de scolarité) ou fiscalement à charge

Les limites à l'adhésion pour l'ensemble des bénéficiaires : les bénéficiaires doivent relever du régime obligatoire de l'adhérent. En cas de régime obligatoire différent, le bénéficiaire doit souscrire un contrat distinct relevant de son propre régime obligatoire.

5.2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

5.2.1. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée :

- À l'acceptation par l'Assureur des personnes à garantir et
- À l'encaissement de la 1^{ère} cotisation relative à l'adhésion au contrat selon les modalités fixées par l'article 6.1 de la présente notice d'information

DATE DE PRISE D'EFFET

L'adhésion prend effet à partir de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Dans le cas où la demande d'adhésion a été faite par courrier avec envoi d'un bulletin individuel d'adhésion, si la date d'effet souhaitée est antérieure à la date de réception du bulletin individuel d'adhésion par le Souscripteur, alors l'adhésion prendra effet au plus tôt à la date de réception par le Souscripteur.

5.2.2. DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

Vous adhérez au présent contrat à compter de la date de la prise d'effet de votre adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours, puis votre contrat se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations et du respect des conditions d'adhésion.

L'adhésion est viagère dès la date d'effet. Une fois la demande d'adhésion acceptée, un adhérent ne peut plus être radié ou voir sa cotisation majorée, en raison d'une dégradation de son état de santé ou de sa consommation médicale.

5.2.3. FACULTÉ DE RENONCIATION

Vous disposez de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu dans les conditions d'une vente à distance.

L'article L 112-9 alinéa 1 du code des assurances énonce notamment :

« I. - Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Ce droit vous est reconnu pendant un délai de 14 jours calendaires révolus.

Ce délai commence à courir à compter du jour :

- De la conclusion du contrat
 - De la réception des informations obligatoires et conditions contractuelles si cette date est postérieure
- et expire le dernier jour à 24h00.

Pour l'application du présent contrat, le délai de renonciation est porté à 30 jours calendaires.

Afin de renoncer à l'adhésion, il convient de nous adresser à l'attention de Coccoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex, une lettre

recommandée avec demande d'avis de réception suivant le modèle ci-dessous :

« Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse de l'adhérent] déclare renoncer à l'adhésion n° [numéro d'adhésion figurant sur le certificat d'adhésion] à laquelle j'avais souscrit le [date de la souscription] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant recueilli l'adhésion]. [Date] [Signature de l'adhérent] ».

La renonciation entraîne résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

En cas de **renonciation**, vous n'êtes tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la **résiliation**.

5.3. MODIFICATION DE VOTRE GARANTIE

La formule choisie s'applique à l'adhérent et à l'ensemble des bénéficiaires du contrat.

Aucune modification de formule n'est possible la 1^{ère} année d'assurance. Ensuite, la modification de la formule est possible à tout moment moyennant préavis d'un mois. Aucune autre modification de formule ne sera possible dans les douze mois suivants.

6. LES COTISATIONS

6.1. MONTANT À L'ADHÉSION

Le coût de l'adhésion au présent contrat est exprimé en euros et comprend les frais et taxes.

Le montant des cotisations mensuelles est précisé sur le certificat d'adhésion.

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement sur le compte bancaire dont vous êtes titulaire ou sur le compte désigné par vos soins lors de votre adhésion.

La notification des prélèvements au titre d'une année d'assurance donnée est effectuée par le biais du certificat d'adhésion lors de la souscription, de l'avis d'échéance lors du renouvellement et de l'avenant en cas de modification du contrat.

La cotisation peut également être payée par carte bancaire.

Les enfants nés après l'adhésion au contrat sont admis d'office dès leur naissance à condition que la demande d'évenant soit faite dans les trois mois qui suivent la naissance. À défaut, leur adhésion prendra effet à la date de la demande d'adhésion.

6.2. VARIATION DES COTISATIONS EN COURS D'ADHÉSION

Les cotisations du contrat évoluent au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de :

- L'âge atteint par les personnes assurées
- Du résultat enregistré par le contrat collectif au cours de l'exercice précédent
- De l'évolution de la consommation médicale
- Du lieu de domicile de l'adhérent
- Du changement de régime de base de l'assuré social

En cas de modification du régime de base de la Sécurité sociale ou de variation d'intervention dans le montant laissé à votre charge par votre régime, l'Assureur se réserve le droit de modifier également les cotisations, éventuellement en dehors de la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion.

6.3. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Le rejet du prélèvement est considéré comme défaut de paiement au titre du contrat.

En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction des cotisations dans les dix jours de leur échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution des contrats en justice, peut, par une lettre recommandée valant mise en demeure au titre du contrat, adressée à votre dernier

domicile connu, suspendre les garanties trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension des garanties résultant de la mise en demeure vous fait perdre et aux bénéficiaires du contrat, même si les cotisations sont acquittées ultérieurement, le droit aux prestations pour :

- Les soins reçus et les frais engagés pendant la période de suspension
- Les hospitalisations ayant débuté pendant la période de suspension
- Les accidents survenus pendant la période de suspension, quelles qu'en soient leurs suites et conséquences

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviendront automatiquement exigibles après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Les sommes non payées à bonne date porteront intérêt au taux légal à compter de la date de mise en demeure restée infructueuse.

L'adhésion au contrat prend fin dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-dessus, par notification faite dans la lettre de mise en demeure.

7. LA RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

7.1. RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT

La résiliation peut se faire par tout moyen écrit à votre convenance et justifiable par vos soins à l'attention de **Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex**.

7.1.1. CONDITIONS DE RÉSILIATION

Votre adhésion est résiliable moyennant un préavis d'un mois :

- À la fin de la première période annuelle d'assurance
- À tout moment au delà de la première année d'assurance

7.1.2. EN CAS DE MAJORATION DES COTISATIONS

L'adhésion est résiliable par l'adhérent en cas d'augmentation de la cotisation appliquée dans les conditions prévues à l'article 6.2 de la présente Notice d'information. Vous pourrez résilier l'adhésion dans un délai d'un mois suivant la date où vous aurez eu la notification de l'augmentation.

La résiliation prendra effet un mois après notification à l'Assureur. Celui-ci aura droit à la portion de cotisation calculée sur les bases de la cotisation précédente, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

7.2. À LA SUITE DE LA SURVENANCE D'UN ÉVÈNEMENT

L'adhérent et l'Assureur peuvent résilier l'adhésion en cas de :

- Changement de profession
- Changement de situation matrimoniale
- Changement de régime matrimonial
- Changement de domicile hors de France métropolitaine
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle quelle que soit la durée écoulée depuis l'adhésion, et à condition que les risques garantis en relation directe avec la situation antérieure, ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du code des assurances)
- Affiliation à un contrat collectif obligatoire
- Acquisition de la CMU : si vous obtenez le bénéfice de la protection complémentaire CMU (Art. L 861-3 du code de la Sécurité sociale)

Durant la première année de garantie, la résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois qui suivent la date de l'évènement et prend effet un mois après que l'autre partie en ait reçu notification.

Au-delà, elle peut intervenir à tout moment moyennant un préavis d'un mois.

7.3. RÉSILIATION DU FAIT DE L'ASSUREUR

L'Assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement de la cotisation dans les conditions prévues à l'article 6.3 de la présente Notice d'information (article L 113-3 du code des assurances)
- En cas de réticence ou de déclaration intentionnellement fautive, d'omission ou de déclaration inexacte de circonstances connues de l'adhérent dans la déclaration du risque ou en cours d'adhésion (articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances)
- Lorsque l'adhérent ne relève plus d'un régime d'assurance maladie obligatoire en France métropolitaine. Dans ce cas, la résiliation prendra effet de plein droit un mois après la date à laquelle l'Assureur aura eu connaissance de la nouvelle situation

8. LES OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT EN COURS D'ADHÉSION

Vous devez signaler à Coverlife la survenance d'un évènement mentionné à l'article 7.2. du contrat, par écrit, dans un délai de quinze jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, tout changement de régime d'assurance maladie obligatoire, ainsi que toute modification du nombre d'ayants droit à l'adresse suivante **Cocoon Assurance - 4 rue Berteaux Dumas CS 50075 - 92522 NEUILLY-SUR-SEINE cedex** ou par e-mail à l'adresse suivante : santé@cocoon.fr.

EN CAS DE SINISTRE

Vous devez remettre à Génération toutes pièces concernant les frais exposés lui permettant de déterminer le montant de sa participation. **Coordonnées de Génération** : E-mail : santé@generation.fr / Adresse postale : Génération - 29080 QUIMPER cedex 9 / Téléphone : 02 98 51 38 00 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

9. LA FRAUDE ET LA FAUSSE DÉCLARATION

Si vous ne fournissez pas les pièces demandées, vous êtes déchu de tout droit aux prestations pour le sinistre en cause. Si, de mauvaise foi, vous ou l'un des bénéficiaires fait de fausses déclarations, exagérez le montant des frais, employez comme justification des documents inexactes ou usez de moyens frauduleux, vous ou le bénéficiaire concerné êtes entièrement déchu de tout droit aux prestations.

10. L'ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties du présent contrat sont acquises pour des frais engagés dans le monde entier aussi longtemps que vous relevez d'un régime obligatoire d'assurance maladie en vigueur en France métropolitaine. Les garanties se limitent hors de France aux seules prestations pour lesquelles le régime obligatoire aurait effectué un remboursement.

11. LA PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable. Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le code des assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

Délai de prescription :

Aux termes de l'article L 114-1 du code des assurances, « *Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :*

1. *En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance*
2. *En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu*

connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là
Quand l'action de l'adhérent 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'adhérent ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent. »

Causes d'interruption de la prescription :

Aux termes de l'article L 114-2 du code des assurances, « la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- Toute assignation ou citation en justice, même en référé
- Tout acte d'exécution forcée
- Toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'adhérent
- Toute reconnaissance de dette de l'adhérent envers l'Assureur
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution

VOS GARANTIES

Les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'application sont décrites dans le « Tableau des garanties » annexé à la présente Notice d'information, remis lors votre adhésion. Le remboursement s'effectue, dans la limite des frais réellement engagés, selon la formule choisie par l'adhérent et acceptée par l'Assureur.

12. LES PRESTATIONS COUVERTES

Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être pris en charge, en fonction des garanties et limites décrites dans le tableau des garanties.

Les garanties exposées dans le tableau des garanties couvrent des prestations avec et sans prise en charge du régime de base obligatoire.

Les garanties sont exprimées :

- Soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, incluant le « remboursement obligatoire » et, dans la limite des frais réels
- Soit en euros dans la limite d'un forfait dans l'année d'assurance ou d'un forfait journalier, incluant le cas échéant, le remboursement du régime obligatoire, dans la limite des frais réels

Seuls les dépassements autorisés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon les différentes formules, s'ils sont pratiqués avec tact et mesure comme prévu par le code de déontologie des praticiens.

13. LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Le règlement est effectué sur la base des décomptes transmis directement par votre régime obligatoire d'assurance maladie à Génération.

Si le régime obligatoire ne peut pas transmettre directement le décompte, vous devrez envoyer à Génération les originaux des décomptes de remboursement.

Dans le cas où le décompte ne mentionne pas les frais réels, vous

devez joindre les factures et notes attestant du montant de la dépense réelle ; à défaut, les frais réels sont considérés comme n'excédant pas le tarif retenu par le régime obligatoire.

Pour déterminer le montant de sa participation, l'assureur peut demander la facture détaillée et le cas échéant, la prescription médicale. A réception, l'assureur fixe le montant de sa participation en fonction des garanties souscrites et procède au remboursement.

13.1 LES HONORAIRES MÉDICAUX

Seuls les dépassements autorisés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon les différentes formules.

Le taux de remboursement autorisé varie selon que le médecin consulté a adhéré ou non au contrat d'accès aux soins.

Le contrat d'accès aux soins : il s'agit d'un contrat conclu entre le médecin et la Sécurité sociale par lequel le médecin s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires.

Pour que le contrat complémentaire santé soit responsable, le taux de remboursement des honoraires médicaux des médecins n'ayant pas souscrit le contrat d'accès aux soins sera toujours inférieur au taux de remboursement de ceux ayant adhéré à ce contrat.

13.2 LE FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Seul le forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L 174-4 du code de la sécurité sociale c'est-à-dire facturé par les établissements de santé fait l'objet d'un remboursement. Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux ne fait pas l'objet d'une prise en charge (exemple : les maisons d'accueil spécialisées ou les EHPAD).

13.3 LES ACTES DE PRÉVENTION

Les actes de prévention mentionnés dans le tableau de garantie s'entendent des actes listés par arrêté ministériel. L'ensemble des actes inscrits sur cette liste font l'objet d'un remboursement dès lors qu'ils sont prescrits par le médecin traitant.

13.4 LES PRESTATIONS SANS PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Les médicaments, vaccins et moyens contraceptifs

La participation prévue dans le Tableau des garanties pour les médicaments sans prise en charge de l'assurance maladie obligatoire s'applique exclusivement aux médicaments non homéopathiques ayant fait l'objet d'une AMM et vendus en pharmacie d'officine en France.

La condition de la vente en pharmacie d'officine en France s'applique également aux moyens contraceptifs et aux vaccins.

Le règlement s'effectue sur la base de l'original de la facture acquittée détaillée comprenant obligatoirement :

- L'identification de l'officine française
- L'identification de l'adhérent et/ou du bénéficiaire
- La date d'achat
- Le nom commercial du médicament, vaccin ou moyen contraceptif, avec son prix
- Le montant total de la facture

Les médecines complémentaires

Les actes de médecine complémentaire sont uniquement remboursés s'ils sont pratiqués en France et sur la base de l'original de la facture acquittée détaillée avec identification du praticien, identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires, nature de l'acte, nombre de séances, prix de l'acte et le montant total perçu.

13.5 LES PRESTATIONS OPTIQUES

Les forfaits énoncés dans le tableau de garantie s'entendent :

- Pour un équipement optique comprenant deux verres et une

monture

- Remboursement du ticket modérateur inclus
- Le remboursement de la monture ne pouvant jamais excéder 150 euros par forfait

Pour les mineurs

Le remboursement est accordé lorsqu'un délai de 12 mois est écoulé entre la date de deux achats optiques.

Pour les adultes

Le remboursement est accordé lorsqu'un délai de 24 mois est écoulé entre la date de deux achats optiques. Ce délai est ramené à 12 mois lorsque le renouvellement de l'équipement fait suite à une évolution de la vue qui devra être justifiée par la prescription médicale ou par le devis et la facturation de l'opticien.

Le forfait lentille

Il est accordé pour chaque année de garantie et pour chaque bénéficiaire du contrat. Il intervient sur présentation d'une facture détaillée acquittée comprenant obligatoirement :

- L'identification de l'opticien
- L'identification de l'adhérent et/ou du bénéficiaire
- La date de prescription
- La date de paiement
- La nature de l'achat (lentilles, produit d'entretien) et les références Sécurité sociale des produits

13.6 PRINCIPE INDEMNITAIRE - PLURALITÉ D'ORGANISMES ASSUREURS

Les remboursements ou indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L 861-3 du code de la Sécurité sociale* (alinéa 1 de l'article 9 loi du 31 décembre 1989). Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire (assuré / adhérent) du contrat d'assurance peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1 décret n° 90-769 du 30 août 1990).

**Prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé.*

13.7 FRAIS À L'ÉTRANGER

Le règlement est effectué sur la base des factures originales détaillées acquittées et des justificatifs de participation du régime de base, ainsi que du motif des soins dispensés à l'étranger.

Pour déterminer le montant de sa participation, l'Assureur peut demander des renseignements complémentaires (caractéristique du séjour, nature exacte des soins, demande de traduction).

Les frais exposés à l'étranger sont remboursés en euros selon les mêmes critères que les soins dispensés en France dans la limite des frais réels convertis en euros.

Le remboursement correspond soit à la différence entre le pourcentage du tarif remboursé par la Sécurité sociale déduction faite de son remboursement, soit au montant forfaitaire selon les modalités décrites dans le tableau des garanties.

14. LES EXCLUSIONS

L'assureur ne prend pas en charge les frais qui sont la conséquence de :

- La guerre civile ou étrangère
- La désintégration du noyau atomique

15. LA SUBROGATION

L'Assureur est subrogé, dans les termes de l'article L 121-12 du code des assurances, dans les droits et actions de l'adhérent contre tout responsable du sinistre, jusqu'à concurrence des

prestations payées.

DISPOSITIONS DIVERSES ET INFORMATIONS LÉGALES

16. LOI APPLICABLE AU CONTRAT

La loi applicable au contrat et à la relation précontractuelle est la loi française, y compris les dispositions impératives applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Toute relation entre les parties se fait en langue française, ce que chaque partie accepte expressément.

17. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Informatique et liberté (Loi n°78-17 du 06/01/78 modifiée par la Loi n° 2004-801 du 06/08/04)

Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet d'un traitement principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection et animations commerciales, études statistiques, obligations légales et lutte contre la fraude, cette dernière finalité pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus, ces informations 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 garanties, sous-traitants missionnés ainsi qu'aux organismes d'assurance des personnes impliquées et aux organismes et autorités publics.

Les informations médicales sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale.

Afin de se conformer à ses obligations légales, le responsable du traitement met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à la loi n° 78-17 du 06/01/78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06/08/04 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant. Par ailleurs, nous vous informons que vous pouvez vous opposer aux démarches téléphoniques en vous inscrivant sur le site www.bloctel.gouv.fr. Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier à votre assureur à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine Pardon, 69814 TASSIN cedex.

18. RÉCLAMATION

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat d'assurance, consultez d'abord Coverlife.

Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation au : **Responsable des Relations Consommateurs - Serenis Assurances SA - 34 rue du Wacken - 67906 STRASBOURG cedex 9**

Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais, lesquels ne sauraient excéder deux mois sauf circonstances exceptionnelles qui vous seraient alors exposées.

19. MÉDIATION

Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, les coordonnées du Médiateur pourront vous être communiquées sur simple demande auprès de l'Assureur. Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des différends opposant l'Assureur à un particulier et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Seuls les différends concernant des particuliers sont de la compétence du Médiateur. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé

dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation sur le site de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (www.ffsa.fr).

20. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DES ASSURANCES

L'autorité de contrôle de Serenis Assurances SA, de Coverlife et de Génération est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS cedex.

21. ENREGISTREMENT DES COMMUNICATIONS

Outre l'enregistrement des communications en cas d'adhésion par voie téléphonique, pour des besoins de gestion interne liés à notre souhait constant d'amélioration de la qualité de notre accueil, vous êtes informés que vos communications téléphoniques avec Coverlife et Génération peuvent faire l'objet d'un enregistrement. Ces enregistrements sont conservés pendant un délai maximum de trois mois.

VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance suivantes sont assurées par Axa Assistance.

22. DÉFINITIONS

22.1 BÉNÉFICIAIRE

Il s'agit de : l'adhérent (personne physique nommément désignée par le souscripteur et à jour de cotisation).

22.2 TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent en France.

22.4 FRANCE

France métropolitaine, principautés de Monaco et d'Andorre.

22.5 DOMICILE

Lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire figurant comme domicile sur le contrat d'assurance.

Il est situé en France.

22.6 HOSPITALISATION

Séjour d'au moins 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave.

22.7 HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Toute hospitalisation consécutive à une maladie soudaine et imprévisible ou à un accident corporel.

22.8 IMMOBILISATION AU DOMICILE

Obligation de demeurer au domicile au moins 48 heures, médicalement prescrite, à la suite d'une maladie soudaine et imprévisible ou d'un accident corporel.

22.9 ATTEINTE CORPORELLE GRAVE

Accident ou maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

22.10 ACCIDENT CORPOREL

Altération brutale de la santé du bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime.

22.11 MALADIE

Altération de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité

médicale compétente.

22.12 GRAVE PROBLÈME DE SANTÉ

Par « grave problème de santé », il convient d'entendre toute maladie ou tout accident corporel dont les caractéristiques (nature, durée, perte de fonctionnalité induite, menace sur le pronostic vital...) sont susceptibles de remettre en question les équilibres économique, « organisationnel » et/ou psychologique de l'adhérent et de son foyer.

22.13 PERSONNE DÉPENDANTE

Personne se trouvant dans l'impossibilité absolue, médicalement constatée, d'effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie : se déplacer, s'habiller, se laver, s'alimenter et à qui il aura été délivré, l'une des trois prescriptions médicales suivantes :

- L'assistance constante d'un tiers, complétant les services de soins à domicile
- L'hospitalisation en centre de long séjour
- L'hébergement en section de cure médicale

22.14 AUTORITÉ MÉDICALE

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

22.15 ÉQUIPE MÉDICALE

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur de l'Assisteur.

22.16 MEMBRE DE LA FAMILLE

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

22.17 PROCHE

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire.

22.18 ANIMAUX DOMESTIQUES

Animaux familiers (chiens et chats uniquement et 2 maximum) vivant habituellement au domicile du bénéficiaire et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur.

Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

22.19 FRANCHISE

Part des dommages à la charge du bénéficiaire.

22.20 FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties ou ensembles de garanties listés ci-dessous se mettent en œuvre dans les cas suivants :

- **Les garanties d'assistance en cas d'immobilisation ou d'hospitalisation imprévue** en cas de maladie ou accident corporel entraînant l'immobilisation à domicile de plus de 5 jours ou l'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures d'un bénéficiaire
- **Les garanties d'assistance en cas de décès d'un bénéficiaire uniquement** pour les formules Confort, Confort + et Privilège
- **Les garanties d'assistance maternité**, selon la garantie concernée, en cas de maternité prolongée au delà de 8 jours, de naissance de jumeaux ou en cas d'immobilisation imprévue de la nourrice
- **Les garanties d'assistance en cas d'évènement grave** en cas de décès d'un proche, d'une hospitalisation prévue de plus de 5 jours, de la survenance d'un grave problème de santé ou en cas de traitement de chimio ou radiothérapie

- La garantie de prise en charge de la location d'un téléviseur en cas d'hospitalisation imprévue d'un bénéficiaire uniquement si la formule est souscrite par l'adhérent

- Établissements spécialisés (rééducation, désintoxication, thermalisme...)
- Habitation
- Impôts, fiscalité
- Assurance vie
- Famille
- Adoption
- Successions
- Prestations familiales
- Congés parentaux
- Allocations

23. GARANTIES D'INFORMATION SANTÉ

23.1 INFORMATIONS SANTÉ ET MÉDICAL

Les professionnels de santé de l'Assisteur communiquent au bénéficiaire des informations et conseils médicaux et paramédicaux, du lundi au vendredi de 8 heures à 20 heures, d'ordre général portant sur les thèmes suivants :

- Maternité : examens à effectuer, allaitement, maladie du nourrisson, prestations familiales, congé maternité, modes de garde, sevrage
- Médicaments : génériques, effets secondaires, contre-indications, interactions avec d'autres médicaments, précautions à prendre en cas de grossesse ou d'allaitement, automédication, traitements de la stérilité
- Pathologies et prises en charge (maladies cardio-vasculaires, allergies, autisme, oncologie, chirurgie viscérale ou plastique, soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, transplantation et greffe, maladies orphelines...) : douleur, traitement et conséquences médicales, évolution de la maladie, risque de transmission
- Examens médicaux : IRM, radiologie, biologie, scanners, échographies, scintigraphies
- Voyage : hygiène, équivalence en médicaments, vaccins, bonnes pratiques
- Vaccinations : obligatoires, recommandées, calendrier, contre-indications
- Médecines douces : acupuncture, ostéopathie, thermalisme, médecines parallèles

L'intervention du personnel qualifié se limitera à donner des informations objectives. L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, l'Assisteur conseillerait au bénéficiaire de consulter son médecin traitant ou son chirurgien dentiste ou son opticien ou son diététicien.

23.2 INFORMATIONS SANTÉ ET JURIDIQUE

L'Assisteur met à la disposition des bénéficiaires ou de leurs proches, un service d'informations téléphoniques accessible du lundi au vendredi, sauf jours fériés, de 9h30 à 19h30.

Selon les cas, l'Assisteur devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'Assisteur ne pourra, en aucun cas, être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

Les thèmes sont les suivants :

- Régime de protection social et retraite
- Assurance maladie
- Démarches administratives
- Accidents du travail
- Maladies professionnelles
- Médecine légale
- Sport et santé
- Services d'urgence
- Hôpital : fonctionnement, droits des malades
- Dons d'organes, transplantations et greffes, transfusions sanguines
- Associations de patients
- Gériatrie
- Aide au maintien à domicile des personnes âgées

23.3 INFORMATIONS PRÉVENTION

Les professionnels de santé de l'Assisteur communiquent au bénéficiaire des informations et conseils médicaux et paramédicaux, du lundi au vendredi de 8 heures à 20 heures, d'ordre général portant sur les thèmes suivants :

- Allergies
- Diététique
- Prévention bucco-dentaire
- Dépistage et prévention des maladies graves
- Facteurs de risques
- Hygiène de vie (alcool, tabac, drogues, pollution, alimentation, sport, stress)
- Troubles du sommeil
- Alimentation
- Optique

L'intervention du personnel qualifié se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, l'Assisteur conseillerait au bénéficiaire de consulter son médecin traitant ou son chirurgien dentiste ou son opticien ou son diététicien.

24. ASSISTANCE EN CAS D'IMMOBILISATION À DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS OU D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 24 HEURES DU BÉNÉFICIAIRE

24.1 AIDE MÉNAGÈRE OU AUXILIAIRE DE VIE

L'Assisteur recherche et prend en charge une aide ménagère ou auxiliaire de vie au domicile du bénéficiaire, pendant la durée d'hospitalisation ou dès le retour au domicile du bénéficiaire. Elle aura en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

L'Assisteur prend en charge l'aide ménagère ou l'auxiliaire de vie pour une durée maximale de 20 heures pour les formules Eco, Essentiel et Essentiel + ou de 40 heures pour les formules Confort, Confort + et Privilège, avec un minimum de 2 heures consécutives, sur une période de 15 jours maximum à compter de la date d'hospitalisation ou de la date du retour au domicile du bénéficiaire, ou de la date d'immobilisation.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'évènement générateur.

Seul l'Assisteur est habilité à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation après bilan médical.

Le nombre maximum d'interventions par année civile au titre de cette garantie n'est pas limité.

24.2 GARDE DES MALADES

Si personne ne peut assurer la garde du bénéficiaire, dès le premier jour de l'évènement générateur, l'Assisteur recherche et organise sa garde par du personnel qualifié à son domicile.

L'Assisteur prend charge le personnel qualifié pour une durée maximale de 20 heures pour les formules Eco, Essentiel et Essentiel + ou de 40 heures pour les formules Confort, Confort + et Privilège, avec un minimum de 2 heures consécutives, sur une période de 10 jours après la date de l'évènement générateur.

Lorsque le bénéficiaire est un enfant de moins de 18 ans, l'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu pour responsable des évènements pouvant survenir au cours des trajets ou pendant la garde des enfants confiés. Le nombre maximum d'interventions par année civile au titre de cette garantie est illimité.

24.3 GARDE DES ENFANTS ET DES PETITS ENFANTS

Si personne ne peut assurer la garde des enfants et/ou des petits enfants bénéficiaires de moins de 15 ans, l'Assisteur organise et prend en charge, dès le premier jour de l'évènement :

- Soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire
 - Soit l'acheminement des enfants et/ou des petits enfants au domicile d'un proche
 - Soit la garde des enfants et/ou des petits enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, dans les 15 jours suivant la date de l'hospitalisation avec un minimum de 2 heures consécutives et pour une durée maximale de 20 heures pour les formules Eco, Essentiel et Essentiel + ou de 40 heures pour les formules Confort, Confort + et Privilège
- Le personnel qualifié, en fonction de l'âge des enfants et/ou des petits enfants, assurera également leur accompagnement à l'école.

En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

L'Assisteur prend en charge le ou les titres de transport aller / retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants et/ou des petits enfants chez un proche par le personnel qualifié.

L'Assisteur intervient à la demande des parents ou des grands parents et ne peut être tenu pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants et/ou des petits enfants confiés.

Le nombre maximum d'interventions par année civile au titre de cette garantie n'est pas limité.

24.4 CONDUITE DES ENFANTS À L'ÉCOLE

Si personne ne peut assurer la conduite des enfants à l'école, l'Assisteur organise et prend en charge leur transport à l'école en taxi à concurrence de 4 aller / retour par évènement, dès le premier jour de l'évènement.

La prestation sera mise en œuvre à réception d'une autorisation écrite de transport mentionnant le lieu de prise en charge ainsi que le nom et l'adresse de l'établissement scolaire.

L'Assisteur intervient à la demande des parents ou du représentant légal et ne peut être tenu pour responsable :

- Des évènements pouvant survenir pendant le trajet
 - Du refus du chef d'établissement de laisser partir l'enfant
- Le nombre maximum d'interventions par année civile au titre de cette garantie n'est pas limité.

24.5 GARDE DES ASCENDANTS DÉPENDANTS

Si personne ne peut assurer la garde des ascendants dépendants, l'Assisteur organise et prend en charge, dès le premier jour de l'évènement :

- Soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire
- Soit l'acheminement des ascendants dépendants au domicile d'un proche
- Soit la garde des ascendants dépendants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, dans les 15 jours suivant la date de l'hospitalisation, avec un minimum de 2 heures consécutives, et pour une durée maximale de 20 heures pour les formules Eco, Essentiel et Essentiel + ou de 40 heures pour les formules Confort, Confort + et Privilège

L'Assisteur prend en charge le ou les titres de transport aller / retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon

les cas, les frais d'accompagnement des ascendants dépendants au domicile d'un proche par du personnel qualifié.

Le choix final du moyen de transport utilisé relève exclusivement de l'Assisteur.

Le nombre maximum d'interventions par année civile au titre de cette garantie n'est pas limité.

24.6 GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

Si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, l'Assisteur organise et prend en charge, dès le premier jour de l'évènement :

- Soit le transfert des animaux (2 maximum) jusqu'à la pension la plus proche dans un rayon de 50 km du domicile, et la garde des animaux dans la limite de 250 euros par évènement et pour l'ensemble des animaux
- Soit le transfert des animaux (2 maximum) jusqu'au domicile d'un proche dans la limite de 50 km

24.7 SOUTIEN SCOLAIRE

Lorsque l'état de santé d'un enfant bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile, médicalement prescrite, et que cette immobilisation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, l'Assisteur recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales suivantes : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 3 heures maximum par jour ouvrable (hors vacances scolaires) et pour une durée maximale de 20 heures pour les formules Eco, Essentiel et Essentiel + ou de 40 heures pour les formules Confort, Confort + et Privilège.

Ces cours sont dispensés dès le 1^{er} jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Exclusion spécifique : la prestation « Soutien scolaire » ne s'applique pas lorsque l'enfant est atteint d'une maladie préexistante diagnostiquée et/ou traitée, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.

24.8 PRÉSENCE D'UN PROCHE

L'Assisteur organise et prend en charge un titre de transport aller / retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe pour un membre de la famille ou un proche afin de se rendre au chevet du bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé.

Cette garantie est accordée si aucun membre de la famille du bénéficiaire ne se trouve dans un rayon de 50 km de son lieu de domicile.

L'Assisteur organise et prend en charge son hébergement sur place pendant 3 nuits à concurrence de 80 euros maximum par nuit d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement).

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

24.9 ORGANISATION DE SERVICES

À la demande du bénéficiaire ou de l'un de ses proches, l'Assisteur organise les services suivants :

- Accompagnement dans les déplacements sous réserve que l'état de la personne permette ce déplacement. Les moyens seront mis en œuvre par l'équipe médicale de l'Assisteur, en fonction de son état de santé et du lieu de destination

- Recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort
- Livraison de courses
- Coiffeur
- Portage de repas
- Personne de compagnie
- Petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie)
- Petit jardinage
- Petit bricolage

Le coût de la prestation reste à la charge du bénéficiaire.

24.10 LIVRAISON DE MÉDICAMENTS

En cas d'incapacité de se déplacer du bénéficiaire ou de l'un de ses proches dans les 30 jours suivant l'évènement, l'Assisteur organise et prend en charge la recherche et l'acheminement des médicaments indispensables à son traitement sur présentation d'une prescription médicale (ordonnance) de moins de 24 heures. Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

25. ASSISTANCE MATERNITÉ

25.1 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas de « baby blues » l'Assisteur organise et prend en charge la mise en relation du bénéficiaire ou d'un proche avec un psychologue clinicien à raison de 3 consultations téléphoniques avant ou après l'accouchement.

L'Assisteur se chargera également, à la demande du bénéficiaire, de le mettre en relation avec un psychologue proche de son domicile.

25.2 AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE

En cas de première maternité ou de naissance multiple et à la demande du bénéficiaire, l'Assisteur prend en charge la visite d'une auxiliaire de puériculture au domicile du bénéficiaire à concurrence de 2 heures maximum, dans la semaine qui suit la sortie de maternité, pour l'aider à s'organiser et lui rappeler les principes essentiels relatifs aux soins et à la santé du bébé.

25.3 AIDE MÉNAGÈRE OU AUXILIAIRE DE VIE

En cas de naissance multiple ou de grossesse pathologique, l'Assisteur organise et prend en charge les services d'une aide ménagère ou d'une auxiliaire de vie dès le retour au domicile du bénéficiaire. Elle aura en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

L'Assisteur prend en charge l'aide ménagère ou l'auxiliaire de vie au domicile du bénéficiaire pour une durée maximale de 20 heures pour les formules Eco, Essentiel et Essentiel + ou de 40 heures pour les formules Confort, Confort + et Privilège, avec un minimum de 2 heures consécutives, sur une période de 15 jours suivant la date du retour au domicile.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours suivants la date de l'évènement.

Seul l'Assisteur est habilité à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation après bilan médical.

Le nombre maximum d'interventions par année civile au titre de cette garantie n'est pas limité.

25.4 GARDE D'ENFANTS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE LA NOURRICHE

En cas d'immobilisation d'une durée supérieure à 5 jours ou d'hospitalisation de plus de 48 heures de la nourrice salariée, et si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires dont elle a habituellement la charge, l'Assisteur organise et prend en charge, dès le premier jour de l'évènement :

- Soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire
- Soit l'acheminement des enfants bénéficiaires au domicile d'un proche

- Soit la garde des enfants et/ou des petits enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, dans les 15 jours suivant la date de l'hospitalisation avec un minimum de 2 heures consécutives et pour une durée maximale de 20 heures pour les formules Eco, Essentiel et Essentiel + ou de 40 heures pour les formules Confort, Confort + et Privilège
- Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école.

En aucun cas cette prise en charge ne peut excéder la durée d'immobilisation ou d'hospitalisation de la nourrice.

L'Assisteur prend en charge le transport aller / retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche par le personnel qualifié.

L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

25.5 GARDE DES ENFANTS

En cas d'hospitalisation pour accouchement d'une durée supérieure à 8 jours, et si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires de moins de 15 ans, l'Assisteur organise et prend en charge, dès le premier jour de l'évènement :

- Soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire
- Soit l'acheminement des enfants bénéficiaires au domicile d'un proche
- Soit la garde des enfants et/ou des petits enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, dans les 15 jours suivant la date de l'hospitalisation avec un minimum de 2 heures consécutives et pour une durée maximale de 20 heures pour les formules Eco, Essentiel et Essentiel + ou de 40 heures pour les formules Confort, Confort + et Privilège

Le personnel qualifié, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation.

L'Assisteur prend en charge le ou les titres de transport aller - retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche parent par le personnel qualifié.

L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Le nombre maximum d'interventions par année civile au titre de cette garantie n'est pas limité.

25.6 PRÉSENCE D'UN PROCHE

En cas d'hospitalisation pour accouchement d'une durée supérieure à 8 jours, et si aucun membre de la famille du bénéficiaire ne se trouve dans un rayon de 50 km de son lieu de domicile ; l'Assisteur organise et prend en charge un titre de transport aller / retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe pour un membre de la famille ou un proche afin de se rendre au chevet du bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé.

L'Assisteur organise et prend en charge son hébergement sur place pendant 3 nuits à concurrence de 80 euros maximum par nuit d'hôtel (chambre et petit déjeuner uniquement).

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

25.7 CONDUITE DES ENFANTS À L'ÉCOLE

En cas d'hospitalisation pour accouchement d'une durée supérieure à 8 jours ou en cas de naissance multiple, si personne ne peut assurer la conduite des enfants à l'école, l'Assisteur organise et prend en charge leur transport à l'école en taxi à concurrence de 4 aller/retour par évènement, dès le premier jour de l'évènement.

La prestation sera mise en œuvre à réception d'une autorisation écrite de transport mentionnant le lieu de prise en charge ainsi que le nom et l'adresse de l'établissement scolaire.

L'Assisteur intervient à la demande des parents ou du représentant légal et ne peut être tenu pour responsable :

- Des événements pouvant survenir pendant le trajet
- Du refus du chef d'établissement de laisser partir l'enfant

Le nombre maximum d'interventions par année civile au titre de cette garantie n'est pas limité.

26. ASSISTANCE EN CAS D'ÉVÈNEMENT GRAVE

26.1 ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL

En cas de grave problème de santé ou de décès affectant un membre de la famille du bénéficiaire, l'Assisteur fait réaliser une évaluation de la situation du bénéficiaire par du personnel qualifié qui l'aidera à organiser ses démarches auprès des organismes appropriés en prenant contact, s'il le souhaite, avec lesdits organismes ou services sociaux concernés.

Si les circonstances l'exigent, l'équipe médicale de l'Assisteur peut décider d'envoyer un médecin sur place afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser. **Dans ce cas, les frais de déplacement, de soins, d'honoraires et autres sont à la charge du bénéficiaire.**

26.2 ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

En cas de grave problème de santé ou de décès affectant un membre de la famille bénéficiaire, l'Assisteur peut mettre le bénéficiaire en relation avec un psychologue clinicien à raison de 3 entretiens téléphoniques par évènement pour l'ensemble des membres de la famille.

L'Assisteur se charge également, s'il le souhaite, de le mettre en relation avec un psychologue proche de son domicile. Les frais de la première consultation sont pris en charge par l'Assisteur. Les autres frais restent à la charge du bénéficiaire.

26.3 COMPLÈMENT D'AVIS MÉDICAL ET CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE

Si le bénéficiaire souhaite obtenir l'avis d'un autre médecin spécialisé en France, l'Assisteur le met en contact avec un médecin de son équipe médicale. Celui-ci peut l'orienter vers un ou plusieurs spécialistes en lui fournissant leurs coordonnées. Le rendez-vous avec le spécialiste est pris directement par le bénéficiaire.

L'Assisteur contacte le ou les médecins spécialistes choisis pour les informer que le bénéficiaire a été dirigé vers leur(s) service(s) ou cabinet et prend en charge les frais d'acheminement du bénéficiaire dans la limite de 150 euros si le médecin spécialiste exerce à plus de 100 km du domicile du bénéficiaire.

26.4 AIDE MÉNAGÈRE OU AUXILIAIRE DE VIE

En cas de traitement de chimio ou radiothérapie ou d'hospitalisation prévue de plus de 5 jours, et la demande du bénéficiaire, l'Assisteur recherche et prend en charge une aide ménagère ou une auxiliaire de vie au domicile du bénéficiaire, pendant la durée du traitement ou dès le retour à son domicile. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

L'Assisteur prend en charge l'aide ménagère ou l'auxiliaire de vie pour une durée maximale de 20 heures pour les formules Eco, Essentiel et Essentiel + ou de 40 heures pour les formules Confort, Confort + et Privilège, avec un minimum de 2 heures consécutives par séances.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'évènement générateur.

Seul l'Assisteur est habilité à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation après bilan médical.

12/21 NI - CAS - 05/16

Le nombre maximum d'interventions par année civile au titre de cette garantie n'est pas limité.

26.5 GARDE DES ENFANTS ET PETITS ENFANTS

En cas de traitement de chimio ou radiothérapie ou en cas d'hospitalisation prévue de plus de 5 jours, et si personne ne peut assurer la garde des enfants ou petits enfants bénéficiaires de moins de 15 ans, l'Assisteur organise et prend en charge, dès le premier jour du traitement ou de l'hospitalisation :

- Soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire
 - Soit l'acheminement des enfants ou des petits enfants au domicile d'un proche
 - Soit la garde des enfants ou des petits enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, dans les 15 jours suivant la date de l'hospitalisation avec un minimum de 2 heures consécutives et pour une durée maximale de 20 heures pour les formules Eco, Essentiel et Essentiel + ou de 40 heures pour les formules Confort, Confort + et Privilège
- Le personnel qualifié, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation. L'Assisteur prend en charge le ou les titres de transport aller / retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche parent par le personnel qualifié.

L'Assisteur intervient à la demande des parents ou des grands-parents et ne peut être tenu pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confinés.

26.6 GARDE DES ASCENDANTS DÉPENDANTS

En cas de traitement de chimio ou de radiothérapie ou d'hospitalisation prévue de plus de 5 jours, si personne ne peut assurer la garde des ascendants dépendants, l'Assisteur organise et prend en charge, dès le premier jour du traitement ou de l'hospitalisation :

- Soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire
- Soit l'acheminement des ascendants dépendants au domicile d'un proche
- Soit la garde des ascendants dépendants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, dans les 15 jours suivant la date de début du traitement ou de l'hospitalisation, avec un minimum de 2 heures consécutives, et pour une durée maximale de 20 heures pour les formules Eco, Essentiel et Essentiel + ou de 40 heures pour les formules Confort, Confort + et Privilège

L'Assisteur prend en charge le ou les titres de transport aller - retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des ascendants dépendants au domicile d'un proche par du personnel qualifié. Le choix final des moyens de transport utilisés relève exclusivement de la décision de l'Assisteur.

27. ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS (GARANTIE ACQUISE UNIQUEMENT POUR LES FORMULES CONFORT, CONFORT + ET PRIVILÈGE)

27.1 AIDE AUX DÉMARCHES ADMINISTRATIVES ET SOCIALES « OBSÈQUES »

En cas de décès du bénéficiaire ou de son conjoint, l'Assisteur met à disposition du conjoint survivant un service d'information téléphonique accessible de 8h00 à 20h30, 7 jours sur 7 sur les démarches administratives à accomplir.

27.2 INFORMATIONS JURIDIQUES « OBSÈQUES »

Cette prestation est acquise uniquement si la formule est souscrite par l'adhérent.

L'Assisteur met à la disposition des bénéficiaires ou de leurs proches, un service d'informations téléphoniques sur les formalités et démarches à accomplir en cas de décès, accessible du lundi au vendredi, sauf jours fériés, de 9h30 à 19h30.

Selon les cas, l'Assisteur devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'Assisteur ne pourra, en aucun cas, être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

Les thèmes sont les suivants :

Les réglementations particulières

- Les soins de conservation
- Les chambres funéraires
- Le transport
- Les cimetières et concessions

Succession

- La dévolution successorale
- Les ordres et les degrés
- L'option successorale
- La déclaration successorale
- Les différents héritiers
- Les libéralités
- Les coûts de l'héritage
- Le testament
- Les pensions et allocations

Information juridique et fiscale

- Revente de biens
- Plus value
- Transferts de fonds
- Déclaration d'impôts en France
- Les droits d'importation du pays
- Système d'imposition en France
- Système de couverture sociale en France
- Impôt sur le revenu
- Réclamation, paiement, contrôle
- Impôts locaux
- Frais de justice
- L'aide juridictionnelle
- Les amendes pénales
- Les différentes juridictions
- Accord amiable
- Procédure contentieuse
- Répression des fraudes
- Associations de consommateurs

27.3 AVANCE DES FRAIS D'OBSÈQUES

En cas de décès du bénéficiaire ou de son conjoint et à la demande du conjoint survivant, l'Assisteur peut procéder à l'avance des frais d'obsèques à concurrence de 3 000 €.

L'Assisteur se réserve le droit de demander au conjoint survivant ou à ses ayants droit un chèque de caution ou une reconnaissance de dette égale au montant de l'avance.

Le conjoint survivant ou un des ses ayant droit s'engage à rembourser à l'Assisteur la totalité des sommes avancées soit par débit de sa carte bancaire, soit dans un délai de 30 jours suivant la date des factures émises par l'Assisteur.

Des poursuites seront engagées si le remboursement des frais d'inhumation n'est pas effectué dans le délai prévu.

27.4 AVIS SUR DEVIS OBSÈQUES

Sur demande du bénéficiaire ou d'un proche de l'adhérent et après transmission du devis obsèques par courrier, courriel ou fax, l'Assisteur donne un avis technique en apportant une information objective afin de permettre d'opérer le meilleur choix

possible en toute connaissance de cause.

Ainsi l'Assisteur apporte toute information utile sur les prestations proposées et leur coût par rapport aux tarifs moyens constatés dans la région en particulier sur les thèmes suivants :

- Les démarches et formalités
- Les soins de conservation et de présentation
- La maison funéraire
- Les différents types de cercueil
- La mise en bière
- Les convois
- La sépulture / l'urne

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'Assisteur ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'utilisation des informations transmises.

Ce service est accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7.

27.5 MISE À DISPOSITION DE COURRIERS TYPES

Sur demande du bénéficiaire ou d'un proche de l'adhérent, pour faciliter la rédaction de divers documents à fournir aux différents organismes ou établissements (employeurs, administrations...) suite au décès du bénéficiaire, l'Assisteur met à sa disposition sous 48 h (par fax ou par courriel), des modèles de courriers adaptés et ce pendant 3 mois à partir de la date du décès.

Les éléments fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de l'Assisteur ne pourra en aucun cas être engagée du fait de leur utilisation.

27.6 RAPATRIEMENT EN CAS DÉCÈS

L'Assisteur organise et prend en charge le rapatriement du corps du bénéficiaire ou de ses cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation situé en France.

L'Assisteur n'intervient que lorsque le décès a lieu en France et à plus de 30 km du domicile.

L'Assisteur prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport.

Les frais de cercueil liés au transport ainsi organisé sont pris en charge à concurrence de 800 euros.

Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille du bénéficiaire.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif de l'Assisteur.

27.7 GARDE DES ENFANTS ET PETITS ENFANTS

Si personne ne peut assurer la garde des enfants et petits enfants bénéficiaires de moins de 15 ans, l'Assisteur organise et prend en charge l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire.

L'Assisteur prend en charge les titres de transport aller / retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe.

27.8 GARDE ET TRANSFERT DES ANIMAUX DOMESTIQUES

Si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, l'Assisteur organise et prend en charge, dès le premier jour de l'évènement :

- Soit le transfert des animaux (2 maximum) jusqu'à la pension la plus proche dans un rayon de 50 km du domicile, et la garde des animaux dans la limite de 250 euros par évènement et pour l'ensemble des animaux
- Soit le transfert des animaux (2 maximum) jusqu'au domicile d'un proche dans la limite de 50 km

27.9 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

L'Assisteur organise et prend en charge la mise en relation du bénéficiaire ou d'un proche avec un psychologue clinicien à raison de 3 consultations téléphoniques par évènement.

L'Assisteur se chargera également, s'il le souhaite, de le mettre en relation avec un psychologue proche de son domicile.

28. ORGANISATION DE SERVICES À LA PERSONNE

L'Assisteur met en relation le bénéficiaire avec une Enseigne Nationale de Services à la Personne, du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00 et le samedi de 9h00 à 18h00.

Dès le premier appel, en cas de besoin de services à la personne, le bénéficiaire s'adresse directement à l'Assisteur par téléphone au numéro 01 49 65 25 09.

L'Assisteur ouvre un dossier et recueille les différentes informations ci-après :

- L'identification de l'appelant
- Le numéro de convention :
 - Formules ECO, ESSENTIEL et ESSENTIEL + : 080297401
 - Formules CONFORT, CONFORT + et PRIVILÈGE : 080297402

et vérifie que les droits de bénéficiaire lui sont acquis

- La nature de la demande

L'Assisteur transfère le bénéficiaire à la plateforme agréée de Services à la Personne.

Le contenu et les modalités d'application de la prestation Services à la Personne font l'objet d'un contrat individuel à souscrire séparément avec l'Enseigne Nationale de Services à la personne.

Description de la prestation Services à la personne réalisée par la plateforme agréée de Services à la personne :

À la demande du bénéficiaire, transmission de toute information sur les tarifs des prestations et recherche du prestataire agréé de services à la personne adapté, vérification de sa disponibilité et demande d'un devis.

Le devis est adressé au bénéficiaire ainsi que les coordonnées du prestataire pour accord sur la réalisation de la prestation.

À réception du devis signé par le bénéficiaire, missionnement du prestataire choisi afin qu'il réalise la prestation selon les termes définis.

Lorsque la prestation a été réalisée, prise de contact avec le bénéficiaire afin de recueillir son appréciation sur la qualité du service et envoi de la facture au bénéficiaire.

Édition de l'attestation fiscale annuelle reprenant l'ensemble des prestations de services à la personne réalisées.

Le coût de la prestation reste à la charge du bénéficiaire.

Liste des services rendus :

- Entretien de la maison et travaux ménagers
- Petits travaux de jardinage, y compris les travaux de débroussaillage
- Prestations de petit bricolage dites « hommes toutes mains »
- Garde d'enfant à domicile
- Soutien scolaire à domicile ou cours à domicile
- Préparation des repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions
- Livraison de repas à domicile*
- Collecte et livraison à domicile de linge repassé*
- Assistance aux personnes âgées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux
- Garde malade, à l'exclusion des soins
- Aide à la mobilité et transports de personnes ayant des difficultés de déplacement lorsque cette activité est incluse dans une offre de services d'assistance à domicile
- Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives*
- Accompagnement des enfants dans leurs déplacements et des personnes âgées ou handicapées en dehors de leur domicile (promenades, transports, actes de la vie courante)*

- Livraison de courses à domicile*
 - Assistance informatique et Internet à domicile
 - Soins et promenades d'animaux de compagnie, à l'exclusion des soins vétérinaires et du toilettage
 - Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes
- *À la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités réalisées à domicile.*
- Services assurés par DOMISERVE+, Enseigne Nationale de Services à la Personne, agrément 2007-1.92.018, SA au capital de 303 750 €, RCS Nanterre 493 837 702, 6 rue André Gide, 92320 CHÂTILLON

29. LOCATION DE TÉLÉVISEUR

Cette prestation est acquise uniquement si la formule Confort, Confort + ou Privilège a été souscrite par l'adhérent.

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à 24h00, l'Assisteur rembourse les frais de location de téléviseur engagés par le bénéficiaire dans un établissement hospitalier.

L'Assisteur procède au remboursement dès réception des justificatifs originaux : bulletin d'hospitalisation et facture de location de téléviseur, dans la limite de 15 jours par évènement.

30. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Outre les exclusions spécifiques à chacune des garanties de la présente convention, sont exclues et ne pourront donner lieu à l'intervention de l'Assisteur, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit, tout dommage, accident, ainsi que leurs conséquences résultant :

- **Toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier,**
- **Les interruptions volontaires de grossesse**
- **Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés**
- **Les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance**
- **Les tentatives de suicide et leurs conséquences**
- **Les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique**
- **Les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation**

Outre les exclusions précisées ci-avant, sont également exclues toutes conséquences :

- **Résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement**
- **De dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire**
- **De la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye**
- **De la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat**
- **De la participation à des compétitions ou a des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien**

- **Du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs**
 - **D'effets nucléaires radioactifs**
 - **Des dommages causés par des explosifs que le bénéficiaire peut détenir**
 - **De la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires**
- Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :**
- **Les frais non justifiés par des documents originaux**
 - **Les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel**
 - **Toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental**

31. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

31.1 LIMITATION DE RESPONSABILITÉ

L'Assisteur ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

L'Assisteur ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

31.2 CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

L'engagement de l'Assisteur repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

L'Assisteur ne peut être tenu pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

32. CONDITIONS GÉNÉRALES D'APPLICATION

32.1 VALIDITÉ DES GARANTIES

Les garanties d'assistance sont acquises pendant toute la durée de validité de la présente convention à toute personne bénéficiaire de la présente convention pour tout évènement garanti.

32.2 MISE EN JEU DES GARANTIES

L'Assisteur s'engage à mobiliser tous les moyens nécessaires pour effectuer l'ensemble des garanties prévues dans la convention.

Seules les prestations organisées par ou en accord avec l'Assisteur sont prises en charge. Ce dernier intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

En cas d'évènement nécessitant l'intervention de l'Assisteur, la demande doit être adressée directement :

- Par téléphone : 01 49 65 25 09 - Par télécopie : 33 (0) 1 55 92 40 69
- Par télégramme : Inter Partner Assistance France - 6 rue André Gide 92320 CHÂTILLON

32.3 ACCORD PRÉALABLE

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties d'assistance prévues à la présente convention sans l'accord préalable de l'Assisteur, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

32.4 DÉCHÉANCE DES GARANTIES

Le non-respect par le bénéficiaire de ses obligations envers l'Assisteur en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus à la présente convention.

33. CADRE JURIDIQUE

33.1 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques entre les bénéficiaires et les services de l'Assisteur pourront être enregistrées.

Conformément aux Articles 32 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le bénéficiaire est informé que les données nominatives qui seront recueillies lors de son appel sont indispensables à la mise en œuvre des prestations d'assistance définies dans les présentes conditions générales.

Un défaut de réponse entraînera la déchéance des garanties prévues par la convention.

Ces informations sont destinées à l'usage interne de l'Assisteur, ainsi qu'aux personnes amenées à intervenir et chargées de la passation, la gestion et l'exécution du contrat, dans la limite de leurs attributions respectives.

Certains des destinataires de ces données sont situés en dehors de l'Union Européenne. Il s'agit des destinataires suivants : Axa Business Services situé en Inde et Axa Assistance Maroc Services situé au Maroc.

Le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données le concernant, en s'adressant au Service Juridique d'Inter Partner Assistance - 6 rue André Gide 92320 CHÂTILLON.

33.2 SUBROGATION

L'Assisteur est subrogé dans les droits et actions de toute personne physique ou morale, bénéficiaire de tout ou partie des garanties figurant à la présente convention, contre tout tiers responsable de l'évènement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par elle en exécution de la présente convention.

33.3 PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de la présente convention sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

33.4 RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter l'Assisteur - Service Gestion Relation Clientèle - 6 rue André Gide 92320 CHÂTILLON.

Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de faire appel au médiateur dont les coordonnées lui seront alors communiquées par l'Assisteur et ceci, sans préjudice des autres voies d'action légales.

33.5 RÈGLEMENT DES LITIGES

Tout litige se rapportant à la présente convention et qui n'aura pu faire l'objet d'un accord amiable entre les parties sera porté devant la juridiction compétente.

33.6 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Inter Partner Assistance est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique (Boulevard de Berlaimont 14 - 1000 Bruxelles - Belgique - TVA BE 0203.201.340 - RPM Bruxelles - www.bnb.be) ainsi qu'au contrôle en matière de protection des investisseurs et des consommateurs de l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA - Rue du Congrès 10-16 - 1000 Bruxelles - Belgique - www.fmsa.be).

TABLEAU DES GARANTIES - COCOON ASSURANCE SANTÉ - FORMULE ECO

Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et s'entendent remboursement du régime de base compris.

TOUTES HOSPITALISATIONS		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecin ayant adhéré au CAS ⁽³⁾	100 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré au CAS ⁽³⁾	100 % BRSS
Frais de séjour et salle d'opération		100 % BRSS
Forfait 18 € (acte > à 120 €) et forfait journalier hospitalier		Frais réels
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Chambre particulière pour séjour accepté par la Sécurité Sociale ^(*)		-
Télévision ^(*) (hospitalisation de plus de 2 jours)		-
<i>(*) Sauf accident, participation limitée à 90 jours par an les 2 premières années de garantie</i>		
SOINS COURANTS - PHARMACIE		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		
Consultations et visites de médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, imagerie, radiologie et échographie	Médecin ayant adhéré au CAS ⁽³⁾	100 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré au CAS ⁽³⁾	100 % BRSS
Analyses et auxiliaires médicaux		100 % BRSS
Médicaments, forfait 18 € (acte > 120 €), transports et actes de prévention ^(**)		100 % BRSS
Appareillage auditif		100 % BRSS
Appareillage auditif - Avantage Senior (à partir de 55 ans)		-
Appareillage orthopédique et autres appareillages		100 % BRSS
Cures thermales		-
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Médicaments et moyens contraceptifs ^(**)		-
Vaccins ^(**)		-
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité Sociale		-
<i>(**) Cf. définition des produits et conditions de prise en charge dans la notice d'information NI CAS 04/15</i>		
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE (actes non pris en charge par la Sécurité Sociale - forfait par an et par bénéficiaire)		
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététique, pédicure, podologie		-
OPTIQUE MÉDICALE		
Lunettes : forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture. 1 forfait tous les 2 ans sauf exceptions réglementaires (1 forfait tous les ans en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants de moins de 18 ans). Le ticket modérateur est inclus dans le forfait.		
Lunettes avec verres simples ⁽¹⁾		100 % BRSS ⁽⁴⁾
Lunettes avec verres complexes ou combinaison verre simple - verre complexe ⁽²⁾		100 % BRSS ⁽⁴⁾
Lentilles prescrites prises en charge par la Sécurité Sociale		100 % BRSS
DENTAIRE		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		
Soins dentaires		100 % BRSS
Prothèses dentaires, inlay / onlay et orthodontie		125 % BRSS
Couronnes et inters dents antérieures (incisives, canines, prémolaires)		125 % BRSS
Couronnes et inters dents du fond		125 % BRSS
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Prévention dentaire : 1 examen de dépistage parodontal		-

⁽¹⁾ Verres simples = verres unifocaux dont la sphère est entre - 6,00 / + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 4,00

⁽²⁾ Verres complexes = verres unifocaux différents des verres simples ou verres progressifs ou verres multifocaux

Par an, nous entendons l'année de garantie (période comprise entre deux dates anniversaires du contrat). Sauf indication contraire, les forfaits énoncés dans ce tableau sont versés par année de garantie et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année suivante, ni sur un autre bénéficiaire. Nos remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés.

⁽³⁾ Contrat d'accès aux soins : cf. définition sur le site www.ameli.fr. ⁽⁴⁾ La limitation énoncée sur les lunettes ne s'applique pas.

Tableau de garantie du contrat CT 1750095, souscrit auprès de Sérénis Assurances, entreprise régie par le code des assurances (cf. détails dans la notice d'information NI CAS 04/15).

TABLEAU DES GARANTIES - COCOON ASSURANCE SANTÉ - FORMULE ESSENTIEL

Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et s'entendent remboursement du régime de base compris.

TOUTES HOSPITALISATIONS		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecin ayant adhéré au CAS ⁽³⁾	100 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré au CAS ⁽³⁾	100 % BRSS
Frais de séjour et salle d'opération		100 % BRSS
Forfait 18 € (acte > à 120 €) et forfait journalier hospitalier		Frais réels
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Chambre particulière pour séjour accepté par la Sécurité Sociale ⁽¹⁾		-
Télévision ⁽²⁾ (hospitalisation de plus de 2 jours)		-
<i>⁽¹⁾ Sauf accident, participation limitée à 90 jours par an les 2 premières années de garantie</i>		
SOINS COURANTS - PHARMACIE		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		
Consultations et visites de médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, imagerie, radiologie et échographie	Médecin ayant adhéré au CAS ⁽³⁾	100 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré au CAS ⁽³⁾	100 % BRSS
Analyses et auxiliaires médicaux		100 % BRSS
Médicaments, forfait 18 € (acte > 120 €), transports et actes de prévention ^(**)		100 % BRSS
Appareillage auditif		100 % BRSS
Appareillage auditif - Avantage Senior (à partir de 55 ans)		+ 100 €
Appareillage orthopédique et autres appareillages		100 % BRSS
Cures thermales		100 % BRSS + 25 € par an
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Médicaments et moyens contraceptifs ^(**)		-
Vaccins ^(**)		-
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité Sociale		-
<i>^(**) Cf. définition des produits et conditions de prise en charge dans la notice d'information NI CAS 04/15</i>		
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE (actes non pris en charge par la Sécurité Sociale - forfait par an et par bénéficiaire)		
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététique, pédicure, podologie		1 séance maximum - jusqu'à 35 € par séance
OPTIQUE MÉDICALE		
Lunettes : forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture. 1 forfait tous les 2 ans sauf exceptions réglementaires (1 forfait tous les ans en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants de moins de 18 ans). Le ticket modérateur est inclus dans le forfait.		
Lunettes avec verres simples ⁽¹⁾		100 % BRSS ⁽⁴⁾
Lunettes avec verres complexes ou combinaison verre simple - verre complexe ⁽²⁾		100 % BRSS ⁽⁴⁾
Lentilles prescrites prises en charge par la Sécurité Sociale		100 % BRSS
DENTAIRE		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		Après 2 années sans consommation
Soins dentaires	100 % BRSS	150 % BRSS
Prothèses dentaires, inlay / onlay et orthodontie	100 % BRSS	150 % BRSS
Couronnes et inters dents antérieures (incisives, canines, prémolaires)	100 % BRSS	150 % BRSS
Couronnes et inters dents du fond	100 % BRSS	150 % BRSS
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Prévention dentaire : 1 examen de dépistage parodontal		-

⁽¹⁾ Verres simples = verres unifocaux dont la sphère est entre - 6,00 / + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 4,00

⁽²⁾ Verres complexes = verres unifocaux différents des verres simples ou verres progressifs ou verres multifocaux

Par an, nous entendons l'année de garantie (période comprise entre deux dates anniversaires du contrat). Sauf indication contraire, les forfaits énoncés dans ce tableau sont versés par année de garantie et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année suivante, ni sur un autre bénéficiaire. Nos remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés.

⁽³⁾ Contrat d'accès aux soins : cf. définition sur le site www.ameli.fr. ⁽⁴⁾ La limitation énoncée sur les lunettes ne s'applique pas.

Tableau de garantie du contrat CT 1750090, souscrit auprès de Sérénis Assurances, entreprise régie par le code des assurances (cf. détails dans la notice d'information NI CAS 04/15).

TABLEAU DES GARANTIES - COCOON ASSURANCE SANTÉ - FORMULE ESSENTIEL +

Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et s'entendent remboursement du régime de base compris.

TOUTES HOSPITALISATIONS		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecin ayant adhéré au CAS ⁽³⁾	140 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré au CAS ⁽³⁾	120 % BRSS
Frais de séjour et salle d'opération		100 % BRSS
Forfait 18 € (acte > à 120 €) et forfait journalier hospitalier		Frais réels
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Chambre particulière pour séjour accepté par la Sécurité Sociale ⁽⁴⁾		-
Télévision ⁽⁴⁾ (hospitalisation de plus de 2 jours)		-
<i>⁽⁴⁾ Sauf accident, participation limitée à 90 jours par an les 2 premières années de garantie</i>		
SOINS COURANTS - PHARMACIE		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		
Consultations et visites de médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, imagerie, radiologie et échographie	Médecin ayant adhéré au CAS ⁽³⁾	140 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré au CAS ⁽³⁾	120 % BRSS
Analyses et auxiliaires médicaux		140 % BRSS
Médicaments, forfait 18 € (acte > 120 €), transports et actes de prévention ^(**)		100 % BRSS
Appareillage auditif		140 % BRSS
Appareillage auditif - Avantage Senior (à partir de 55 ans)		+ 100 €
Appareillage orthopédique et autres appareillages		140 % BRSS
Cures thermales		140 % BRSS + 50 € par an
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Médicaments et moyens contraceptifs ^(**)		-
Vaccins ^(**)		-
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité Sociale		-
<i>^(**) Cf. définition des produits et conditions de prise en charge dans la notice d'information NI CAS 04/15</i>		
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE (actes non pris en charge par la Sécurité Sociale - forfait par an et par bénéficiaire)		
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététique, pédicure, podologie		1 séance maximum - jusqu'à 50 € par séance
OPTIQUE MÉDICALE		
Lunettes : forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture. 1 forfait tous les 2 ans sauf exceptions réglementaires (1 forfait tous les ans en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants de moins de 18 ans). Le ticket modérateur est inclus dans le forfait.		
Lunettes avec verres simples ⁽¹⁾		115 €
Lunettes avec verres complexes ou combinaison verre simple - verre complexe ⁽²⁾		200 €
Lentilles prescrites prises en charge par la Sécurité Sociale		100 % BRSS
DENTAIRE		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		Après 2 années sans consommation
Soins dentaires	100 % BRSS	150 % BRSS
Prothèses dentaires, inlay / onlay et orthodontie	120 % BRSS	170 % BRSS
Couronnes et inters dents antérieures (incisives, canines, prémolaires)	120 % BRSS	170 % BRSS
Couronnes et inters dents du fond	120 % BRSS	170 % BRSS
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Prévention dentaire : 1 examen de dépistage parodontal		-

⁽¹⁾ Verres simples = verres unifocaux dont la sphère est entre - 6,00 / + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 4,00

⁽²⁾ Verres complexes = verres unifocaux différents des verres simples ou verres progressifs ou verres multifocaux

Par an, nous entendons l'année de garantie (période comprise entre deux dates anniversaires du contrat). Sauf indication contraire, les forfaits énoncés dans ce tableau sont versés par année de garantie et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année suivante, ni sur un autre bénéficiaire. Nos remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés.

⁽³⁾ Contrat d'accès aux soins : cf. définition sur le site www.ameli.fr ⁽⁴⁾ La limitation énoncée sur les lunettes ne s'applique pas.

Tableau de garantie du contrat CT 1750091, souscrit auprès de Sérénis Assurances, entreprise régie par le code des assurances (cf. détails dans la notice d'information NI CAS 04/15).

TABLEAU DES GARANTIES - COCOON ASSURANCE SANTÉ - FORMULE CONFORT

Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et s'entendent remboursement du régime de base compris.

TOUTES HOSPITALISATIONS		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecin ayant adhéré au CAS ⁽³⁾	175 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré au CAS ⁽³⁾	155 % BRSS
Frais de séjour et salle d'opération		100 % BRSS
Forfait 18 € (acte > à 120 €) et forfait journalier hospitalier		Frais réels
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Chambre particulière pour séjour accepté par la Sécurité Sociale ⁽¹⁾		40 € par jour
Télévision ⁽²⁾ (hospitalisation de plus de 2 jours)		Jusqu'à 5 € par jour
⁽¹⁾ Sauf accident, participation limitée à 90 jours par an les 2 premières années de garantie		
SOINS COURANTS - PHARMACIE		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		
Consultations et visites de médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, imagerie, radiologie et échographie	Médecin ayant adhéré au CAS ⁽³⁾	175 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré au CAS ⁽³⁾	155 % BRSS
Analyses et auxiliaires médicaux		175 % BRSS
Médicaments, forfait 18 € (acte > 120 €), transports et actes de prévention ^(**)		100 % BRSS
Appareillage auditif		175 % BRSS
Appareillage auditif - Avantage Senior (à partir de 55 ans)		+ 100 €
Appareillage orthopédique et autres appareillages		175 % BRSS
Cures thermales		175 % BRSS + 60 € par an
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Médicaments et moyens contraceptifs ^(**)		100 €
Vaccins ^(**)		60 €
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité Sociale		30 €
^(**) Cf. définition des produits et conditions de prise en charge dans la notice d'information NI CAS 04/15		
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE (actes non pris en charge par la Sécurité Sociale - forfait par an et par bénéficiaire)		
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététique, pédicure, podologie		3 séances maximum - jusqu'à 50 € par séance
OPTIQUE MÉDICALE		
Lunettes : forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture. 1 forfait tous les 2 ans sauf exceptions réglementaires (1 forfait tous les ans en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants de moins de 18 ans). Le ticket modérateur est inclus dans le forfait.		
Lunettes avec verres simples ⁽¹⁾		225 €
Lunettes avec verres complexes ou combinaison verre simple - verre complexe ⁽²⁾		300 €
Lentilles prescrites prises en charge par la Sécurité Sociale		100 % BRSS
DENTAIRE		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		Après 2 années sans consommation
Soins dentaires	100 % BRSS	150 % BRSS
Prothèses dentaires, inlay / onlay et orthodontie	130 % BRSS	180 % BRSS
Couronnes et inters dents antérieures (incisives, canines, prémolaires)	190 % BRSS	240 % BRSS
Couronnes et inters dents du fond	130 % BRSS	180 % BRSS
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Prévention dentaire : 1 examen de dépistage parodontal		30 €

⁽¹⁾ Verres simples = verres unifocaux dont la sphère est entre - 6,00 / + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 4,00

⁽²⁾ Verres complexes = verres unifocaux différents des verres simples ou verres progressifs ou verres multifocaux

Par an, nous entendons l'année de garantie (période comprise entre deux dates anniversaires du contrat). Sauf indication contraire, les forfaits énoncés dans ce tableau sont versés par année de garantie et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année suivante, ni sur un autre bénéficiaire. Nos remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés.

⁽³⁾ Contrat d'accès aux soins - cf. définition sur le site www.ameli.fr.

⁽⁴⁾ La limitation énoncée sur les lunettes ne s'applique pas. Tableau de garantie du contrat CT 1750092, souscrit auprès de Sérénis Assurances, entreprise régie par le code des assurances (cf. détails dans la notice d'information NI CAS 04/15).

TABLEAU DES GARANTIES - COCOON ASSURANCE SANTÉ - FORMULE CONFORT +

Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et s'entendent remboursement du régime de base compris.

TOUTES HOSPITALISATIONS		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecin ayant adhéré au CAS ⁽³⁾	225 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré au CAS ⁽³⁾	200 % BRSS
Frais de séjour et salle d'opération		100 % BRSS
Forfait 18 € (acte > à 120 €) et forfait journalier hospitalier		Frais réels
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Chambre particulière pour séjour accepté par la Sécurité Sociale ⁽¹⁾		70 € par jour
Télévision ⁽²⁾ (hospitalisation de plus de 2 jours)		Jusqu'à 8 € par jour
⁽¹⁾ Sauf accident, participation limitée à 90 jours par an les 2 premières années de garantie		
SOINS COURANTS - PHARMACIE		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		
Consultations et visites de médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, imagerie, radiologie et échographie	Médecin ayant adhéré au CAS ⁽³⁾	225 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré au CAS ⁽³⁾	200 % BRSS
Analyses et auxiliaires médicaux		225 % BRSS
Médicaments, forfait 18 € (acte > 120 €), transports et actes de prévention ⁽⁴⁾		100 % BRSS
Appareillage auditif		225 % BRSS
Appareillage auditif - Avantage Senior (à partir de 55 ans)		+ 100 €
Appareillage orthopédique et autres appareillages		225 % BRSS
Cures thermales		225 % BRSS + 125 € par an
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Médicaments et moyens contraceptifs ⁽⁴⁾		150 €
Vaccins ⁽⁴⁾		100 €
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité Sociale		50 €
⁽⁴⁾ Cf. définition des produits et conditions de prise en charge dans la notice d'information NI CAS 04/15		
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE (actes non pris en charge par la Sécurité Sociale - forfait par an et par bénéficiaire)		
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététique, pédicure, podologie		5 séances maximum - jusqu'à 50 € par séance
OPTIQUE MÉDICALE		
Lunettes : forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture. 1 forfait tous les 2 ans sauf exceptions réglementaires (1 forfait tous les ans en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants de moins de 18 ans). Le ticket modérateur est inclus dans le forfait.		
Lunettes avec verres simples ⁽¹⁾		300 €
Lunettes avec verres complexes ou combinaison verre simple - verre complexe ⁽²⁾		450 €
Lentilles prescrites prises en charge par la Sécurité Sociale		100 % BRSS
DENTAIRE		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		Après 2 années sans consommation
Soins dentaires	100 % BRSS	150 % BRSS
Prothèses dentaires, inlay / onlay et orthodontie	180 % BRSS	230 % BRSS
Couronnes et inters dents antérieures (incisives, canines, prémolaires)	250 % BRSS	300 % BRSS
Couronnes et inters dents du fond	180 % BRSS	230 % BRSS
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Prévention dentaire : 1 examen de dépistage parodontal		50 €

⁽¹⁾ Verres simples = verres unifocaux dont la sphère est entre - 6,00 / + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 4,00

⁽²⁾ Verres complexes = verres unifocaux différents des verres simples ou verres progressifs ou verres multifocaux

Par an, nous entendons l'année de garantie (période comprise entre deux dates anniversaires du contrat). Sauf indication contraire, les forfaits énoncés dans ce tableau sont versés par année de garantie et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année suivante, ni sur un autre bénéficiaire. Nos remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés.

⁽³⁾ Contrat d'accès aux soins : cf. définition sur le site www.ameli.fr.

⁽⁴⁾ La limitation énoncée sur les lunettes ne s'applique pas. Tableau de garantie du contrat CT 1750093, souscrit auprès de Sérénis Assurances, entreprise régie par le code des assurances (cf. détails dans la notice d'information NI CAS 04/15).

TABLEAU DES GARANTIES - COCOON ASSURANCE SANTÉ - FORMULE PRIVILÈGE

Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et s'entendent remboursement du régime de base compris.

TOUTES HOSPITALISATIONS		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecin ayant adhéré au CAS ⁽³⁾	300 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré au CAS ⁽³⁾	200 % BRSS
Frais de séjour et salle d'opération		100 % BRSS
Forfait 18 € (acte > à 120 €) et forfait journalier hospitalier		Frais réels
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Chambre particulière pour séjour accepté par la Sécurité Sociale ⁽¹⁾		100 € par jour
Télévision ⁽²⁾ (hospitalisation de plus de 2 jours)		Jusqu'à 8 € par jour
⁽¹⁾ Sauf accident, participation limitée à 90 jours par an les 2 premières années de garantie		
SOINS COURANTS - PHARMACIE		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		
Consultations et visites de médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, imagerie, radiologie et échographie	Médecin ayant adhéré au CAS ⁽³⁾	300 % BRSS
	Médecin n'ayant pas adhéré au CAS ⁽³⁾	200 % BRSS
Analyses et auxiliaires médicaux		300 % BRSS
Médicaments, forfait 18 € (acte > 120 €), transports et actes de prévention ^(**)		100 % BRSS
Appareillage auditif		300 % BRSS
Appareillage auditif - Avantage Senior (à partir de 55 ans)		+ 100 €
Appareillage orthopédique et autres appareillages		300 % BRSS
Cures thermales		300 % BRSS + 175 € par an
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Médicaments et moyens contraceptifs ^(**)		200 €
Vaccins ^(**)		175 €
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité Sociale		60 €
^(**) Cf. définition des produits et conditions de prise en charge dans la notice d'information NI CAS 04/15		
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE (actes non pris en charge par la Sécurité Sociale - forfait par an et par bénéficiaire)		
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, diététique, pédicure, podologie		7 séances maximum - jusqu'à 50 € par séance
OPTIQUE MÉDICALE		
Lunettes : forfait limité à un équipement (2 verres + 1 monture) dont 150 € maximum pour la monture. 1 forfait tous les 2 ans sauf exceptions réglementaires (1 forfait tous les ans en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants de moins de 18 ans). Le ticket modérateur est inclus dans le forfait.		
Lunettes avec verres simples ⁽¹⁾		375 €
Lunettes avec verres complexes ou combinaison verre simple - verre complexe ⁽²⁾		525 €
Lentilles prescrites prises en charge par la Sécurité Sociale		100 % BRSS
DENTAIRE		
Prestations avec prise en charge Sécurité Sociale		Après 2 années sans consommation
Soins dentaires	100 % BRSS	150 % BRSS
Prothèses dentaires, inlay / onlay et orthodontie	200 % BRSS	250 % BRSS
Couronnes et inters dents antérieures (incisives, canines, prémolaires)	290 % BRSS	340 % BRSS
Couronnes et inters dents du fond	200 % BRSS	250 % BRSS
Prestations sans prise en charge Sécurité Sociale		
Prévention dentaire : 1 examen de dépistage parodontal		60 €

⁽¹⁾ Verres simples = verres unifocaux dont la sphère est entre - 6,00 / + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 4,00

⁽²⁾ Verres complexes = verres unifocaux différents des verres simples ou verres progressifs ou verres multifocaux

Par an, nous entendons l'année de garantie (période comprise entre deux dates anniversaires du contrat). Sauf indication contraire, les forfaits énoncés dans ce tableau sont versés par année de garantie et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année suivante, ni sur un autre bénéficiaire. Nos remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés.

⁽³⁾ Contrat d'accès aux soins : cf. définition sur le site www.ameli.fr. ⁽⁴⁾ La limitation énoncée sur les lunettes ne s'applique pas.

Tableau de garantie du contrat CT 1750094, souscrit auprès de Sérénis Assurances, entreprise régie par le code des assurances (cf. détails dans la notice d'information NI CAS 04/15).

COCOON, une marque de COVERLIFE - SAS au capital de 5 000 000 € - Siège social : 12 rue de Kerogan 29000 QUIMPER - RCS Quimper 801 468 026 - N° Orias : 14 002 768 - www.oriais.fr - Agissant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61 rue Taibout - 75009 PARIS

SERENIS ASSURANCES S.A. - Société anonyme au capital de 16 422 000 € - 350 838 686 RCS ROMANS - N° TVA FR13350838686
Entreprise régie par le code des assurances - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN cedex