

ADAPEI

Groupe N° 7201  
Contrat N° A72010001



**Ensemble du personnel**

A photograph of a family of four. Two young women are leaning over a man who is sitting at a desk and writing on a document. They are all smiling and looking at the document together. The man is wearing a brown sweater over a collared shirt. The women are wearing denim jackets and patterned blouses. The background shows a modern interior with large windows.

Notice  
d'information Santé

*Cette notice résume les  
conditions générales et  
particulières du contrat en  
vigueur à compter du  
1<sup>er</sup> octobre 2021.*

*La notice d'information est un document qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Elle est établie par l'Assureur puis fournie par l'Employeur aux Adhérents.*

**Attention : La prise d'effet des garanties, les personnes en bénéficiant, et vos options éventuelles figurent sur votre attestation de tiers payant.**

Le contrat d'assurance collectif auquel vous adhérez a été souscrit par votre Employeur auprès de :

**SwissLife Prévoyance et Santé**

**Siège social : 7, Rue Belgrand - 92 300 Levallois-Perret**

**SA au capital de 150 000 000 € - 322.215.021 RCS Nanterre**

**Entreprise régie par le Code des assurances**

**(L'Assureur).**

**Autorité chargée du contrôle des assurances :**

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

4, Place de Budapest

75436 PARIS

## Lexique

### Accident

Toute atteinte corporelle indépendante de la volonté de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

### Vous/Adhérent

Membre du personnel qui appartient à la catégorie au profit de laquelle l'Employeur a souscrit le contrat, qui adhère au contrat et qui bénéficie de ses garanties.

### Assuré

Personne physique mentionnée sur le Certificat d'adhésion sur laquelle repose le risque. Il s'agit de vous et de vos Ayants droit tels que définis au paragraphe 1.3 ci-dessous.

### BIA

Bulletin Individuel d'Adhésion.

### Catégorie

Catégorie de personnel de l'Employeur couverte par le Contrat. Elle figure en première page de la notice d'information.

### Certificat d'adhésion

Document précisant les données relatives aux Assurés, ainsi que la raison sociale de l'Employeur.

### Contrat

Contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire qui a été souscrit par votre Employeur. Il est régi par le droit français.

### Délégué

Tierce partie mandatée par l'Assureur pour effectuer les missions qui lui ont été confiées contractuellement.

### Dépassement d'honoraires

Partie des honoraires excédant le tarif de base fixé par la Sécurité sociale et qui n'est pas remboursée par cet organisme.

### Employeur

Personne morale qui, au travers de son représentant légal dûment habilité, a souscrit le Contrat au profit de l'ensemble ou d'une catégorie de ses salariés dans le cadre de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale, et en paie les cotisations.

### Etablissement de santé

Hôpital public ou privé, clinique, qui, d'une part, est habilité(e) à pratiquer des actes et à dispenser des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées et, d'autre part, détient toutes les autorisations administratives et sanitaires requises à cette fin.

### Forfait hospitalier

Somme due par l'Assuré pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire de l'Assuré aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son Hospitalisation. Cette participation n'est pas prise en charge ou remboursée par la Sécurité sociale sauf cas particuliers. Elle est due pour chaque journée d'Hospitalisation, y compris le jour de la sortie.

### Hospitalisation

Séjour dans un Etablissement de Santé prescrit par un médecin dont l'objet est le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou des suites d'un accident.

### Médecins ayant souscrit à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) - Médecins n'ayant pas souscrit à un dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM)

La convention médicale organise les rapports entre les syndicats de médecins libéraux signataires et l'Assurance Maladie par la mise en place d'une Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO), à laquelle peuvent souscrire les médecins conventionnés de secteur 1 ou 2.

L'OPTAM/OPTAM-CO est destinée à permettre aux patients, par la maîtrise des dépassements d'honoraires, d'être mieux remboursés. Le médecin ayant souscrit à l'OPTAM/OPTAM-CO peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais s'engage à stabiliser ses tarifs et à facturer davantage aux tarifs opposables, en contrepartie, ces médecins bénéficient des tarifs de remboursement de leurs actes alignés sur ceux des médecins exerçant en secteur 1 (permettant à leurs patients de bénéficier d'un meilleur niveau de remboursement) et d'une valorisation de l'activité réalisée aux tarifs opposables (sans dépassements).

Les médecins non conventionnés ne peuvent pas souscrire à l'OPTAM/OPTAM-CO.

### Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables et servent de base pour les calculs des remboursements des régimes obligatoires et complémentaires.

Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la Classification commune des actes médicaux (CCAM), la Liste des produits et prestations (LPP) et de la Table nationale de biologie (TNB).

### PACS

Pacte Civil de Solidarité au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil.

### PMSS

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

### Rééducation

L'Assuré ayant subi une intervention chirurgicale peut bénéficier de séances de rééducation dans un centre de rééducation, suite à une Hospitalisation.

### Secteur conventionné - Secteur non conventionné

Situation des professionnels de santé et des Etablissements de santé selon qu'ils ont ou non adhéré à la convention nationale conclue entre leur profession et les régimes obligatoires d'assurance maladie.

#### Secteur conventionné

Les professionnels de santé sont conventionnés s'ils ont adhéré à la convention : en secteur 1 s'ils se sont engagés à respecter les tarifs fixés par la convention médicale dont ils dépendent (ils peuvent pratiquer dans certaines conditions des dépassements non remboursés par le régime obligatoire) ou en secteur 2 s'ils pratiquent des honoraires libres fixés avec « tact et mesure » (les dépassements ne sont pas remboursés par le régime obligatoire). Les Etablissements de santé sont conventionnés s'ils ont signé un accord de convention avec l'Agence Régionale de Santé dont ils relèvent. Les actes sont remboursés par le régime obligatoire sur la base du tarif de convention.

#### Secteur non conventionné

Les professionnels de santé exercent hors du cadre de la convention et fixent eux-mêmes librement leurs tarifs.

Les actes sont remboursés par le régime obligatoire sur la base du tarif d'autorité.

### Ticket modérateur

Différence entre les tarifs de base fixés par la Sécurité sociale et le remboursement effectué par cet organisme.

# Le contrat solidaire et responsable

Les garanties du Contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé, dits « *contrats solidaires et responsables* ».

## Le contrat solidaire

Pour que le contrat soit qualifié de contrat « *solidaire* », les cotisations ne sont pas déterminées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

## Le contrat responsable

### Règles de prise en charge

Le contrat responsable répond à l'ensemble des conditions exposées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application. Il est axé sur le respect du parcours de soins coordonnés, pour les personnes de plus de seize ans, consistant à déclarer un médecin traitant et à le consulter en priorité. Celui-ci coordonne les soins et oriente, si nécessaire, le patient vers un médecin correspondant, et met à jour le dossier médical personnel de la personne assurée.

Le contrat prévoit, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale, la prise en charge du Ticket Modérateur (sauf les cures thermales, les médicaments à service médical rendu (SMR) faible et modéré et l'homéopathie) ou de la participation forfaitaire prévue pour certains actes médicaux lourds (telle que prévue par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale) ainsi que des plafonds avec une prise en charge encadrée pour les dépassements d'honoraires et l'optique.

Le contrat prévoit également la prise en charge intégrale des équipements auditifs, optiques et dentaires relevant du panier de soins « 100 % Santé » dans la limite des Prix Limites de Vente ou des Honoraires Limites de Facturation.

### Interdiction de prise en charge

- La franchise médicale et la participation forfaitaire prélevées par la Sécurité sociale (II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale),
- La majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale),
- Un reste à charge sur les dépassements d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins (18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale).

Enfin, aucune exclusion n'est opposée dans le champ des garanties minimales du présent Contrat responsable.

# Titre 1

## Le contrat

### 1. L'objet du contrat

Votre adhésion a pour objet le remboursement des frais de santé engagés durant la période de couverture du Contrat par vous, salarié appartenant à la Catégorie, ainsi que vos Ayants droit inscrits le cas échéant.

Les prestations sont versées en complément des remboursements de la Sécurité sociale.

### 2. La mise en place du contrat

Le contrat est dit « *à adhésion obligatoire* » pour les personnels appartenant à la Catégorie car il fait suite à l'un des trois modes de mise en place du régime de frais de santé au sein de l'entreprise souscriptrice (article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale).

Ainsi, l'ensemble des personnels du Souscripteur répondant à la catégorie décrite doit obligatoirement adhérer au Contrat ainsi que, le cas échéant, les ayants droits lorsque leur adhésion à titre obligatoire est prévue au régime frais de santé de l'entreprise.

Cette obligation d'adhésion s'entend sous réserve :

- Des cas de dispense d'ordre public prévues aux articles L. 911-7 III, D. 911-2 et D. 911-3 du Code de la Sécurité Sociale formulés dans les conditions prévues au dit code.
- Des cas de dispenses prévus à l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale, lorsqu'ils sont expressément transposés par l'acte de mise en place du régime de frais de santé de l'entreprise souscriptrice.

### 3. Les conditions d'adhésion au contrat Les personnes garanties

#### 3.1 Vous, Adhérent

Pour pouvoir adhérer au Contrat, vous devez réunir les conditions suivantes :

- Être lié à votre Employeur par un contrat de travail ;
- Être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie ;
- Appartenir à la Catégorie de personnel couverte par le Contrat.

#### 3.2 Vos Ayants droit

Sont considérés comme vos Ayants droit :

- Votre Conjoint non séparé de corps judiciairement,
- Ou votre Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) : sous réserve de fournir un extrait de naissance pour chacun des partenaires,
- Ou votre Concubin notoire : sous réserve de fournir un certificat de vie commune délivré par la Mairie, ou à défaut une attestation de domicile commun (copie du dernier avis d'imposition, ou de la facture d'eau/gaz/électricité datant de moins de 3 mois) et une attestation sur l'honneur signée par les deux concubins au jour de l'inscription. Vous devez être, de part et d'autre, libres de tout lien matrimonial ou de partenariat.

Nota bene : une seule personne pourra être inscrite au Contrat au titre de Conjoint, de Partenaire ou de Concubin.

- Les Enfants à charge
- Vos enfants et/ou ceux de votre Conjoint, Partenaire ou Concubin âgés de **21 ans au plus** et répondant aux conditions suivantes :
  - Être reconnus à charge au sens de la Sécurité sociale ;
  - Ou être âgés de 16 ans au moins, poursuivre des études supérieures et ne pas exercer une activité professionnelle à temps complet : sous réserve de fournir un certificat de scolarité ou une photocopie de la carte étudiante de l'année scolaire en cours au jour de leur inscription et le 1<sup>er</sup> septembre de chaque année ;
  - Ou être âgés de 16 ans au moins et être titulaire d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation : sous réserve de fournir une copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ainsi qu'une attestation d'affiliation à la Sécurité sociale ;
  - Ou être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à Pôle Emploi comme primo-demandeurs d'emploi : sous réserve de fournir une attestation d'inscription à Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi, et une attestation d'affiliation à la Sécurité sociale ;

- Au-delà de 21 ans et jusqu'au 28ème anniversaire, vos enfants et/ou ceux de votre Conjoint, Partenaire ou Concubin répondant aux conditions suivantes :
  - Poursuivre des études supérieures et ne pas exercer une activité professionnelle à temps complet : sous réserve de fournir un certificat de scolarité ou une photocopie de la carte étudiante de l'année scolaire en cours, ainsi qu'une attestation d'affiliation à la Sécurité sociale, au jour de leur inscription et le 1er octobre de chaque année ;
  - Ou être titulaire d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation sous réserve de fournir une photocopie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ainsi qu'une attestation d'affiliation à la Sécurité sociale.
  - Ou être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à Pôle Emploi comme primo-demandeurs d'emploi : sous réserve de fournir une attestation d'inscription à Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi, et une attestation d'affiliation à la Sécurité sociale.
- Sont également considérés comme étant à charge les **enfants handicapés** et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve de fournir une copie de la carte d'invalidité.

Vos Ayants droit bénéficieront des garanties assurées par le Contrat s'ils sont inscrits au Contrat au titre d'ayant droit et qu'ils sont affiliés à un régime de Sécurité sociale.

Selon l'acte de mise en place du régime Frais de santé du Souscripteur, l'inscription des Ayants droit est facultative.

Si la couverture des Ayants droit de l'Adhérent fait l'objet d'une cotisation distincte de celle de l'Adhérent, leurs garanties sont subordonnées au paiement de celle-ci.

L'Adhérent mentionne dans son bulletin individuel d'adhésion (BIA) ses Ayants droit à inscrire au Contrat. Ils seront effectivement couverts s'ils figurent sur son attestation de tiers payant.

Lorsque la couverture des Ayants droit fait l'objet d'une cotisation distincte de celle de l'Adhérent, l'inscription ou la radiation de l'un d'eux peut être effectuée :

- Au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande au plus tard 30 jours avant cette date,
- Lors d'un changement de situation familiale et dans un délai de 30 jours après la date de survenance de l'évènement,
- A la prise d'effet ou à la cessation d'une assurance complémentaire santé obligatoire couvrant l'un des Ayants droit.

### 3.3 Maintien des garanties au Personnel en congés sans solde

Les garanties prévues dans le Tableau des garanties peuvent être maintenues aux salariés bénéficiant d'un congé prévu par le Code du travail n'entraînant pas de maintien de salaire.

Les congés donnant lieu au maintien des garanties sont les suivants : congé parental d'éducation, congés pour évènements familiaux, solidarité familiale, soutien familial, solidarité internationale, formation économique, sociale et syndicale, formation de cadres et d'animateurs pour la jeunesse, congé pour la création et la reprise d'entreprise, congé sabbatique et les autres absences autorisées (aide aux victimes de catastrophes naturelles, sapeur-pompier volontaire, réserviste-militaire, appel à la défense, don d'ovocytes, assesseur, témoin ou juré d'assises, élus et candidats aux élections, acquisition de la nationalité française).

Ce maintien est accordé sous réserve du paiement de la cotisation en vigueur pour les actifs, par l'intermédiaire du Souscripteur.

## 4. Paiement des cotisations

Lorsque le paiement des cotisations relatives à la couverture des Ayants droit et/ou aux garanties complémentaires vous incombe, vous êtes alors le seul responsable de leur versement à l'Assureur ou son Délégué.

### Mise en demeure - Résiliation

**Conformément à l'art. L. 113-3 du Code des assurances, à défaut du paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après la mise en demeure de payer restée infructueuse que l'Assureur ou son Délégué adresse à l'Adhérent par lettre recommandée avec avis de réception (indiquant l'échéance de la résiliation le cas échéant).**

**Passé ce délai de trente jours, la cessation de la couverture des Ayants droit ou des garanties complémentaires interviendra sans autre formalité dix jours après.**

## 5. La prise d'effet de l'adhésion et des garanties La suspension indemnisée du contrat de travail

Votre adhésion au Contrat prend effet à compter de la date d'effet figurant sur votre attestation de tiers payant, et au plus tôt à la date de prise d'effet du Contrat, sous réserve de l'ouverture des droits à la Sécurité sociale.

Les Personnels qui adhèrent après la date de prise d'effet du Contrat bénéficient des garanties à partir de la date à laquelle ils appartiennent à la Catégorie de personnel couverte par le Contrat.

L'Assureur ne prendra en charge que les sinistres survenus à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion et pour la période de couverture du Contrat.

En cas de suspension indemnisée de votre contrat de travail, vous et vos Ayants droit conservez le maintien des garanties prévues au Contrat, sous réserve du paiement de votre quote-part de cotisation par l'intermédiaire de votre Employeur.

## 6. La cessation de l'adhésion et des garanties

*Vous, Adhérent*

**L'adhésion au Contrat et les garanties cessent :**

- **En cas de résiliation du Contrat ;**
- **À la date du décès de l'Adhérent ;**
- **Dès que l'Adhérent ne respecte plus l'une des conditions d'adhésion au Contrat,**
- **En cas de non-paiement des cotisations tel que prévu à l'Art 5.**

*Vos Ayants droit*

**L'inscription de vos Ayants droit cesse :**

- **En même temps que l'adhésion dans les conditions définies ci-dessus ;**
- **Dès que vos Ayants droit ne répondent plus à la définition de Conjoint, Partenaire ou Concubin, ou d'Enfant à charge telle que prévue à l'Art 3 ;**
- **Dès lors que les Ayants droit ne sont plus inscrits au Contrat dans les conditions définies par l'Art 3 ;**
- **En cas de non-paiement des cotisations tel que prévu à l'Art 5.**

Toutefois, le Titre « *La portabilité des droits et le maintien des garanties des anciens salariés* » prévoit les cas de maintien de garanties et de portabilité des droits au titre du contrat d'assurance collectif au profit des anciens salariés et de leurs ayants droit.

## 7. Déclarations et communications

**Conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, l'adhésion au Contrat est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, quand bien même le risque omis ou dénaturé aurait été sans influence sur le sinistre.**

**En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, les cotisations versées restent acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts (art. L. 113-8 alinéa 2 du Code des assurances).**

**Conformément à l'article L. 113-9 du Code des assurances :**

- **L'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle de l'Adhérent avant la survenance du sinistre entraîne soit le maintien de l'adhésion ou de l'inscription moyennant une augmentation de la cotisation, soit la résiliation de l'adhésion ou de l'inscription au Contrat 10 jours après la notification adressée par l'Assureur par lettre recommandée ;**
- **L'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle de l'Adhérent après la survenance du sinistre entraîne une réduction de l'indemnité en proportion du montant des cotisations payées par rapport au montant des cotisations qui aurait été dû si les risques avaient été correctement déclarés.**

## 8. L'examen des réclamations

*Premier contact : votre interlocuteur habituel*

En cas de réclamation concernant le Contrat, dans un premier temps, vous êtes invités à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (intermédiaire commercial ou service clients).

*Deuxième contact : le service réclamations*

Si un désaccord persiste, le Souscripteur et les Adhérents peuvent intervenir auprès du service Réclamations : SwissLife Prévoyance et Santé de la Direction des Assurances Collectives, 7 Rue Belgrand - 92300 LEVALLOIS-PERRET.

*En dernier recours : la Médiation de l'Assurance*

L'Association La Médiation de l'Assurance peut être saisie, après épuisement des procédures internes, en cas de refus partiel ou total de faire droit à la réclamation. Le Médiateur de l'Assurance est compétent pour les litiges entre l'Assureur et le tiers bénéficiaire d'une garantie ou d'une prestation d'assurance. Il ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Le recours au Médiateur doit être adressé à : La Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

## 9. La prescription légale

La prescription se définit comme le mode d'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. La prescription des actions dérivant d'un contrat d'assurance est régie par les Articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, ci-après reproduits dans leur version en vigueur à la date d'émission des présentes Conditions générales.

### Article L. 114-1 du Code des Assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

### 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'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### Article L. 114-3 du Code des Assurances

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'Article L.114-2 précité, sont énumérées aux Articles 2240 à 2246 du Code civil. Au titre des dispositions de ces Articles, la prescription est interrompue :

- en cas de reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;

- en cas de demande en justice, même en référé, y compris lorsque la demande est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé en raison d'un vice de procédure ; l'interruption de la prescription produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance mais sera considérée comme non avenue si le demandeur se désiste de sa demande, laisse périmer l'instance ou si sa demande est définitivement rejetée ;

- par une mesure conservatoire prise en application du Code de procédure civile d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'Article L.114-3 du Code des assurances sont énumérées aux Articles 2233 à 2239 du Code civil.

L'ensemble des Articles cités ci-avant est disponible à la rubrique « Les Codes en vigueur » du site internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'Assureur.

## 10. La protection des données personnelles

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, Swiss Life est le responsable de traitement au titre du Contrat.

Les données collectées sont utilisées par Swiss Life :

- Pour la passation, la gestion et l'exécution de ce contrat ;
- Pour être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;
- Pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer la situation de l'Assuré ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront lui être proposées.

Les données relatives aux Assurés sont également transmises aux mandataires, partenaires, sous-traitants et réassureurs ou organismes habilités des responsables de traitement pour les besoins de ces opérations.

Les Assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données les concernant. Ils ont également la possibilité de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès ou de choisir d'en limiter l'usage. Si l'Assuré a consenti de manière expresse à certaines utilisations de ses données, il peut retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de son contrat.

L'Assuré peut s'opposer au traitement de ses données pour un motif légitime.

L'Assuré également s'opposer à recevoir par SMS et mail des offres commerciales de la part des responsables de traitement pour des services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, la Direction Gouvernance et Qualité de la Donnée peut être saisie au : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret. Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil. L'Assuré peut également écrire à notre Délégué à la Protection des Données (DPO) : 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret ([DPOswisslife@swisslife.fr](mailto:DPOswisslife@swisslife.fr))

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'Assuré peut s'adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

La politique de protection des données à caractère personnel reflète les valeurs de Swiss Life, pour plus d'informations : <http://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees>. Nous pourrions l'expédier gratuitement à la demande de l'assuré à l'adresse indiquée dans ce contrat.

## Titre 2

# Les garanties Frais de Santé

### 1. Les prestations garanties

Les garanties Santé ont pour objet de rembourser tout ou partie de vos dépenses de frais de santé et celles de vos Ayants droit inscrits.

Ouvrent droit à prestation les dépenses engagées (date de début des soins telle que figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale) entre les dates de prise d'effet et de fin d'adhésion, sous réserve que les actes médicaux ayant occasionné ces frais aient été prescrits et effectués par des médecins autorisés et habilités à les pratiquer, ou par des Etablissements de santé agréés.

La prise en charge par l'Assureur est subordonnée à celle de la Sécurité sociale.

Le remboursement au titre du contrat intervient **sous déduction du montant pris en charge par la Sécurité sociale** ainsi que **sous déduction du montant pris en charge par tout autre contrat couvrant les frais de santé dont vous ou vos ayants droit pourriez bénéficier**.

Lors de séjours temporaires à l'étranger, les dépenses de soins ou interventions engagées à l'étranger sont garanties au même titre que celles exposées en France dans les conditions et limites définies le Tableau des garanties. L'assureur intervient, dès lors que les Assurés bénéficient d'un remboursement par la Sécurité sociale française ou par le régime obligatoire du pays d'accueil, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française ou du régime obligatoire du pays d'accueil et selon les garanties prévues par le contrat.

### 2. Le cumul d'assurances et la sur-assurance

**Conformément à l'article 9 de la loi N°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à charge de l'Assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a le droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.**

**Le décret N° 90-769 du 30 août 1990 dispose, par ailleurs, que les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.**

### 3. Les garanties et leurs modalités

Le remboursement des frais de soins engagés vient en complément des prestations versées par la Sécurité sociale. Il faut donc que ces dépenses aient préalablement fait l'objet d'un remboursement par cet organisme.

Toutefois, certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent faire l'objet d'un remboursement par l'Assureur s'il en est expressément fait mention dans le Tableau des garanties et dans les limites prévues.

#### Garantie « Maternité »

En cas de grossesse de l'Assurée, les actes remboursés sous le risque Maternité par la Sécurité sociale sont pris en charge par le présent Contrat dans les conditions et limites définies dans le Tableau des garanties.

En cas de grossesse de l'Assurée ou de la conjointe (partenaire de PACS ou concubine) non inscrite au Contrat, une allocation forfaitaire, dont le montant est déterminé dans le Tableau des garanties, est versée sur présentation d'un extrait d'acte de naissance de l'enfant. L'extrait de l'acte de naissance doit être présenté à l'Assureur dans un délai de trente jours suivant la date de naissance de l'enfant.

Cette allocation forfaitaire est également versée en cas de d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans, sur présentation d'une copie du jugement d'adoption sur lequel figurent les noms, prénom(s) et date de naissance de l'enfant adopté. La présentation du jugement d'adoption doit être effectuée dans un délai de trente jours suivant l'adoption de l'enfant.

#### Garantie Cure thermale

• Les actes suivants, s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale, sont remboursés dans les conditions et limites définies dans le Tableau des garanties :

- Le forfait de surveillance médicale,
- Le forfait thermal,
- Les frais de transport,
- Les frais d'hébergement.

• En cas de cure thermale remboursée par la Sécurité sociale, sera versée à l'Assuré une allocation forfaitaire sur présentation de la facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal.

#### Les modalités de choix des garanties complémentaires

Les garanties complémentaires sont choisies dans le Bulletin Individuel d'Adhésion (BIA). Vous serez couverts par ces garanties pour autant qu'elles figurent dans votre certificat d'adhésion.

Vous pourrez choisir ou modifier les garanties complémentaires :

- Au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande au plus tard 30 jours avant cette date ;
- Lors d'un changement de situation familiale et dans un délai de 30 jours après la date de survenance de l'événement.

Les garanties optionnelles choisies sont applicables à vous et vos Ayants droit.

Dans tous les cas, le choix des garanties complémentaires ou le passage à un niveau supérieur n'est pas accordé aux Adhérents à qui il a été notifié leur licenciement individuel, ou, en cas de licenciement collectif, à la fin de la procédure collective, ainsi qu'aux Adhérents en période de préavis dans le cas d'une démission.

### 4. Le règlement des prestations

**Les demandes de remboursements doivent être parvenues à l'Assureur ou à son Délégué, sous peine de déchéance de la garantie, dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins.**

Pour les actes prescrits avant la date de cessation des garanties et dont la réalisation nécessite une continuité du soin initial prolongé sur une période se terminant au-delà de cette date, les pièces justificatives suivantes devront être obligatoirement transmises :

- Pièces figurant dans la liste du paragraphe **Procédure classique** ;
- Copies des feuilles de soins.

**Le paiement est effectué à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des personnes garanties (lui-même et ses Ayants droit le cas échéant).**

Pour les frais non pris en charge par la Sécurité sociale, le remboursement intervient, selon les actes ou dépenses concernés, sur présentation de la prescription médicale accompagnée d'une facture détaillée et acquittée, ou d'une note d'honoraires précisant la nature et la codification des actes effectués.

#### La procédure simplifiée (télétransmission)

Dans les départements où l'Assureur ou son Délégué a signé un accord avec une caisse d'assurance maladie, les Assurés peuvent bénéficier d'un système simplifié (télétransmission) pour le remboursement de leurs dépenses de santé.

L'Assureur ou son Délégué, directement relié aux services informatiques des différentes caisses, fera un traitement simultané du calcul de la participation de l'Assureur au remboursement des frais exposés, et effectuera le paiement correspondant.

Ainsi, vous n'avez pas à transmettre le décompte des prestations de la Sécurité sociale.

L'Assureur ou son Délégué recevra directement par voie informatique les informations émanant des différentes caisses d'assurance maladie. Il fera un traitement simultané de sa participation au remboursement des frais exposés et effectuera le paiement correspondant.

Une attestation de tiers payant est délivrée à chaque assuré lors de la mise en place des garanties afin de lui éviter de faire l'avance des frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées.

L'attestation de tiers payant est valide tant que le contrat et l'adhésion sont en vigueur. Pour toute utilisation de cette attestation en dehors de sa période de validité, l'Assureur ou son Délégué peut demander le remboursement des montants réglés auprès des professionnels de santé consultés.

Dès lors que l'Assuré cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties, l'attestation doit être restituée à l'Assureur ou son Délégué.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette procédure simplifiée, précisez-le dans votre Bulletin Individuel d'Adhésion (BIA), ou notifiez-le par écrit à

L'Assureur ou son Délégué. Le règlement s'effectuera alors selon la Procédure classique.

#### La procédure classique

Garantie	Pièces justificatives
Hospitalisation	Originaux des factures de l'Etablissement de santé éligible et les notes d'honoraires des praticiens
Transport en ambulance	Décompte original de la Sécurité sociale pour les Assurés sans télétransmission
Soins courants	Décompte original de la Sécurité sociale pour les Assurés sans télétransmission
Médicaments	<i>Médicaments remboursés par la Sécurité sociale</i> Décompte original de la Sécurité sociale pour les Assurés sans télétransmission <i>Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale</i> Facture détaillée et acquittée de l'Etablissement de santé ou du praticien pour les autres garanties de ce poste
Maternité - Adoption	- Acte de naissance ou jugement d'adoption de l'enfant de l'Adhérent dans les 30 jours de la naissance ou de l'adoption pour le versement de l'allocation - Facture détaillée et acquittée de l'Etablissement de santé ou du praticien pour les autres garanties de ce poste
Optique	- Décompte original de la Sécurité sociale pour les Assurés sans télétransmission - La prescription des lunettes ainsi que les adaptations apportées par l'opticien dans les trois ans suivant la prescription - Facture détaillée et acquittée établie par l'opticien ainsi que la prescription médicale pour les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale - En cas d'évolution de la vue : la prescription médicale portant une correction différente de la précédente ainsi que la précédente prescription ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien.
Dentaire	- Décompte original de la Sécurité sociale pour les Assurés sans télétransmission - L'original de la facture détaillée de tous les actes pour les prothèses et l'orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale
Matériel médical et Aides auditives	Décompte original de la Sécurité sociale pour les Assurés sans télétransmission
Cures thermales	- Facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal pour les Assurés en télétransmission - Facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal et décompte original de la Sécurité sociale pour les Assurés sans télétransmission

Nota bene : si vous et/ou vos Ayants droit bénéficiez d'un autre contrat d'assurance complémentaire, il faudra également joindre l'original des décomptes de prestations perçues au titre de cet autre contrat.

Les pièces justificatives doivent être transmises à l'Assureur ou à son Délégué.

## Titre 3 La portabilité des droits et le maintien des garanties des anciens salariés

### 1. La portabilité des droits au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale

#### Les bénéficiaires

Les anciens salariés de l'Employeur bénéficient d'un maintien des garanties collectives dont ils bénéficiaient dans leur ancienne entreprise, en cas de cessation de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage (Pôle Emploi).

Le dispositif est applicable aux Ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficient effectivement des garanties prévues au contrat collectif à la date de la cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

#### Ne sont pas éligibles au dispositif de maintien :

- Les anciens salariés licenciés pour faute lourde ;
- Les anciens salariés dont le contrat de travail auprès de l'Employeur cesse avant qu'ils n'aient rempli les conditions requises pour l'ouverture du droit aux garanties du Contrat.

#### Les garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise. Elles sont maintenues aux mêmes conditions que pour les salariés en activité au sein de l'entreprise.

#### L'évolution des garanties

Les garanties suivront la même évolution que les garanties du personnel actif assuré au titre du contrat.

Si, pendant la période durant laquelle jouent les droits à portabilité, la situation familiale de l'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties change, ce dernier bénéficiera des prestations correspondant à sa nouvelle situation.

#### Début, durée et fin de portabilité

Le maintien est applicable à compter de la date de la cessation du contrat de travail.

Il s'agit d'un maintien temporaire, applicable pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail auprès de l'entreprise contractante, ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs auprès de l'entreprise contractante.

La durée de portabilité est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois (*Exemple : pour un contrat de travail ayant eu une durée de 3 mois ½ = 4 mois de portabilité*).

La durée de portabilité étant une durée fixe, la suspension des allocations chômage par Pôle Emploi ne reporte pas d'autant la durée du maintien de couverture.

#### Le maintien des garanties cesse automatiquement :

- À la date à laquelle l'ancien salarié reprend une activité professionnelle (sauf en cas de maintien de l'indemnisation par le régime d'assurance chômage) ;
- À la date à laquelle l'ancien salarié cesse de bénéficier d'une indemnisation par le régime d'assurance chômage (Pôle Emploi) ;
- À la date de liquidation des droits à la retraite de l'ancien salarié ;
- Au terme des droits acquis par l'ancien salarié au titre de la « Portabilité des droits » et en tout état de cause, au terme des douze mois suivant la cessation du contrat de travail ;
- À la date d'effet de la résiliation du Contrat.

Dans ce cas l'entreprise doit organiser la poursuite du maintien des garanties aux bénéficiaires de la portabilité des garanties et sera seule débitrice de son obligation de maintenir les garanties conformément à l'article L 911-8 du Code des assurances.

#### Le financement

Le droit au maintien des garanties est gratuit pour l'ancien salarié éligible au dispositif.

Ce droit est financé par les cotisations versées au titre du contrat principal.

## *L'information*

L'Employeur doit :

- informer l'ancien salarié du droit au maintien des garanties en le signalant dans le certificat de travail,
- informer l'Assureur de la cessation du contrat de travail de l'ancien salarié éligible au dispositif du droit au maintien des garanties.

L'ancien salarié éligible au dispositif doit justifier auprès de l'Assureur, tant à l'ouverture qu'au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions du maintien des garanties.

### *Le maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989*

Dans un délai de deux mois à compter de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au sens du présent paragraphe, l'Assureur adresse à l'ancien salarié concerné, conformément à l'article 4 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989, la proposition de maintien de la couverture dans les conditions prévues paragraphe 2 ci-dessous.

L'ancien salarié doit faire la demande dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle il bénéficie à titre temporaire du maintien des garanties.

### *La résiliation*

En cas de résiliation du Contrat, l'Employeur s'engage à poursuivre, par l'intermédiaire d'un autre assureur, le maintien des garanties aux personnes en cours de bénéfice du dispositif.

## **2. *Le maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989***

### *Les garanties maintenues*

#### *Les personnes assurées au titre du maintien*

Dans le respect de l'article 4 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evén » et de son décret d'application N° 90-769 du 30 août 1990, les anciens salariés et leurs ayants droit définis ci-dessous bénéficient d'un maintien des garanties Frais de santé, dans le cadre d'un contrat individuel sans délai d'attente ni formalités médicales.

#### *Personnes concernées par le dispositif*

Pour autant que les intéressés soient couverts par le Contrat à la date de rupture de leur contrat de travail ou à la date du décès, et sous réserve du respect du délai défini au point 2 ci-dessous, les garanties sont maintenues :

- au salarié dont la rupture du contrat de travail intervient alors qu'il est en état d'incapacité ou d'invalidité, tant qu'il bénéficie des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale ;
- au salarié privé d'emploi et bénéficiant à ce titre d'un revenu de remplacement ;
- au salarié dont le contrat de travail est rompu en raison de la liquidation de sa pension de retraite servie par le régime de base, sans limitation de durée ;
- aux personnes garanties du chef de l'Adhérent décédé, pendant une durée de 12 mois à compter de la date du décès, et pour autant qu'elles aient été inscrites comme ayants droit de l'Adhérent avant son décès.

### *Délais*

#### **Information**

L'Assureur ou son Délégué adresse aux personnes concernées la proposition de maintien des garanties dans un délai de deux mois à compter de :

- La date de cessation du contrat de travail dans les cas énumérés d'a) à c) au point 1 ci-dessus, pour autant que l'Employeur ait informé l'Assureur ou son Délégué de la rupture du contrat de travail de l'Adhérent durant ce délai ;
- La date du décès dans le cas d), pour autant que l'Assureur ait été informé du décès de l'Adhérent durant ce délai ;
- la date de fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au sens du paragraphe 1 ci-dessus.

### **Demande de maintien**

Pour pouvoir bénéficier du maintien des garanties, les personnes définies au point 1 ci-dessus doivent en faire la demande au plus tard six mois après :

- La date de rupture du contrat de travail dans les cas énumérés d'a) à c) ;
- La date du décès dans le cas d)
- la date de fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au sens des dispositions du paragraphe 1.

### *La date d'effet du maintien des garanties*

La date d'effet du maintien des garanties est fixée au lendemain, à 0 heure, de la date de rupture du contrat de travail, de la date du décès ou de la date de fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au sens du paragraphe 1 ci-dessus. Toutefois, il faut que l'Assureur ou son Délégué ait réceptionné la demande de l'ancien salarié, ou de la personne garantie du chef de l'Adhérent décédé, dans les deux mois suivant l'envoi de la proposition de maintien.

Dans le cas contraire, la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande, pour autant qu'elle ait été faite dans les six mois qui suivent la date de rupture du contrat de travail, du décès ou de fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au sens du paragraphe 1.

### *Les cotisations*

Les cotisations sont fixées selon les modalités prévues par la législation française.

Les cotisations sont à la charge de la personne bénéficiant du dispositif de maintien objet de ce paragraphe.

# Vos garanties

## TABLEAU DE SYNTHÈSE DES GARANTIES

Les garanties exprimées « X% BR - SS » interviennent sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale.

**Les garanties s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des « Prix Limites de Ventes » (PLV) ou des « Honoraires limites de Facturation » déterminés par la réglementation en vigueur (L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale).**

Les prestations des Options sont exprimées y compris celles de la Base couvrant à titre obligatoire les personnes assurées.

### Lexique :

**BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale  
(Pour les actes non conventionnés BR = TA)  
**BR - SS** : Base de Remboursement - Prestations de la Sécurité sociale  
**BRR** : Base de remboursement reconstituée  
**CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux  
**FR** : Frais Réels  
**FR - SS** : Frais Réels - Prestations de la Sécurité sociale

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

**TA** : Tarif d'autorité (Tarif sur la base duquel s'effectue le calcul du remboursement par la Sécurité sociale d'un acte médical dispensé par un médecin non conventionné)

**TM** : Ticket modérateur

*Rbt intégral* : Frais réels - Prestations de la sécurité sociale dans la limite des Prix limite de vente ou des Honoraires limites de facturation.

ACTES	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
<b>Hospitalisation y compris Maternité</b>			
<b>Honoraires dans le cadre d'un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée</b>			
Chirurgie, Obstétrique, Anesthésie	220 % BR-SS	300 % BR-SS	400 % BR-SS
<b>Honoraires hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée</b>			
Chirurgie, Obstétrique, Anesthésie	200 % BR-SS	200 % BR-SS	200 % BR-SS
<b>Participation forfaitaire</b>			
Participation forfaitaire pour les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Autres prestations</b>			
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour	200 % BR-SS	300 % BR-SS	400 % BR-SS
Chambre particulière	2 % PMSS/jour	2,5 % PMSS/jour	3 % PMSS/jour
Frais d'accompagnant (En cas d'hospitalisation d'un assuré de moins de 16 ans ou de plus de 70 ans versement d'une indemnité journalière destinée à couvrir les frais d'accompagnant)	1,5 % PMSS/jour	2 % PMSS/jour	3 % PMSS/jour
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR-SS	100 % BR-SS	100 % BR-SS
<b>Maternité - Adoption</b>			
Allocation forfaitaire	6 % PMSS/Enfant	8 % PMSS/Enfant	10 % PMSS/Enfant
<b>Soins courants</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
Dans le cadre d'un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée			
- Médecins généralistes	200 % BR-SS	200 % BR-SS	200 % BR-SS
- Médecins spécialistes	220 % BR-SS	220 % BR-SS	300 % BR-SS
- Radiologie, Imagerie, Echographie	150 % BR-SS	150 % BR-SS	170 % BR-SS
- Actes techniques médicaux	200 % BR-SS	200 % BR-SS	300 % BR-SS
Hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée			
- Médecins généralistes	100 % BR-SS	100 % BR-SS	130 % BR-SS
- Médecins spécialistes	200 % BR-SS	200 % BR-SS	200 % BR-SS
- Radiologie, Imagerie, Echographie	130 % BR-SS	130 % BR-SS	150 % BR-SS
- Actes techniques médicaux	150 % BR-SS	180 % BR-SS	200 % BR-SS
Sages-femmes	100 % BR-SS	100 % BR-SS	100 % BR-SS
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux	100 % BR-SS	100 % BR-SS	100 % BR-SS

ACTES	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
<b>Analyses et examens de laboratoires</b>			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR-SS	100 % BR-SS	100 % BR-SS
<b>Participation forfaitaire</b>			
Participation forfaitaire pour les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Médicaments</b>			
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BR-SS	100 % BR-SS	100 % BR-SS
<b>Matériel médical</b>			
Matériel médical	200 % BR-SS	200 % BR-SS	200 % BR-SS
<b>Médecine douce – Prévention</b>			
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Psychomotricité, Diététique, Psychologie	40 € /séance Max. : 4 séances/an/assuré	40 € /séance Max. : 4 séances/an/assuré	50 € /séance Max. : 4 séances/an/assuré
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	60 € /an/assuré	60 € /an/assuré	60 € /an/assuré
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	60 € /an/assuré	60 € /an/assuré	120 € /an/assuré
Pilule contraceptive prescrite non remboursée par la Sécurité sociale	60 € /an/assuré	60 € /an/assuré	120 € /an/assuré
Sevrage tabagique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale	-	60 € /an/assuré	120 € /an/assuré
<b>Aides auditives</b>			
<b>Le remboursement est limité à une aide auditive (quelle que soit sa classe) par oreille et par période de quatre ans. <sup>1</sup></b>			
Aides auditives entrant dans le cadre du « Panier de soins « 100 % Santé » (*) (Classe I) <sup>2</sup>	<i>Rbt intégral</i>	<i>Rbt intégral</i>	<i>Rbt intégral</i>
Aides auditives hors du « Panier de soins 100 % Santé » (*) (Classe II) <sup>3</sup>	20 % PMSS - SS /aide auditive	30 % PMSS - SS /aide auditive	1700 € - SS /aide auditive
Consommables, piles ou accessoires	100 % BR-SS	100 % BR-SS	100 % BR-SS
<b>Dentaire</b>			
<b>Prestations remboursées par la Sécurité Sociale</b>			
Soins dentaires	100 % BR-SS	100 % BR-SS	100 % BR-SS
Soins et Prothèses dentaires entrant dans le cadre du « Panier de soins 100 % Santé » (*)	<i>Rbt intégral</i>	<i>Rbt intégral</i>	<i>Rbt intégral</i>
Prothèses dentaires hors du « Panier de soins 100 % Santé » (*)			
- sur incisives, canines, prémolaires	250 % BR-SS	375 % BR-SS	468 % BR-SS
- sur molaires	220 % BR-SS	300 % BR-SS	400 % BR-SS
- Inlay core	150 % BR-SS	200 % BR-SS	250 % BR-SS
- Inlay Onlay	125 % BR-SS	125 % BR-SS	125 % BR-SS
- Appareils amovibles et bridges 3 dents	220 % BR-SS	300 % BR-SS	400 % BR-SS
Orthodontie	300 % BR-SS	350 % BR-SS	360 % BR-SS
<b>Prestations non remboursées par la Sécurité Sociale et figurant dans la CCAM</b>			
Implants	20 % PMSS /an/assuré	23 % PMSS /an/assuré	26 % PMSS /an/assuré
Prothèses dentaires	7 % PMSS /prothèse	7 % PMSS /prothèse	10 % PMSS /prothèse
Orthodontie (sur la base d'un TO 90 par semestre)	250 % BRR	250 % BRR	250 % BRR
<b>Optique</b>			
<b>Un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans. <sup>4</sup></b>			
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100 % BR-SS	100 % BR-SS	100 % BR-SS
<b>Équipement dans le cadre du « panier de soins 100 % Santé » (*)</b> Les remboursements incluent la prestation d'appairage et les suppléments applicables pour verres avec filtres.			
Deux verres de Classe A	<i>Rbt intégral</i>	<i>Rbt intégral</i>	<i>Rbt intégral</i>
Monture de Classe A	<i>Rbt intégral</i>	<i>Rbt intégral</i>	<i>Rbt intégral</i>
Monture de Classe B associée à deux verres de Classe A	100 € - SS	100 € - SS	100 € - SS
<b>Équipement (une monture et deux verres <sup>5</sup>) hors « panier de soins 100 % Santé » (*) (Classe B)</b>			
Verres	Voir grilles Optique en Annexe 1		
Monture <sup>6</sup>	100 € - SS	100 € - SS	100 € - SS

ACTES	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
<b>Autres prestations</b>			
Lentilles remboursées ou non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	3 % PMSS /an/assuré Au-delà, 100 % BR-SS pour les lentilles remboursées	5 % PMSS /an/assuré Au-delà, 100 % BR-SS pour les lentilles remboursées	7 % PMSS /an/assuré Au-delà, 100 % BR-SS pour les lentilles remboursées
Chirurgie correctrice de l'œil	22 % PMSS /an/Assuré	22 % PMSS /an/Assuré	25 % PMSS /an/Assuré
<b>Cures thermales</b>			
Allocation forfaitaire	-	8 % PMSS /an/assuré	10 % PMSS /an/assuré
Dépenses remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR-SS	100 % BR-SS	100 % BR-SS

(\*) « 100 % Santé » : tel que défini réglementairement.

1 La période de quatre ans débute à la date d'achat du dernier équipement.

2 Une aide auditive de Classe I doit comporter au moins 3 options de la liste A de la réglementation en vigueur.

3 Une aide auditive de Classe II doit comporter plusieurs critères des listes A et B de la réglementation en vigueur.

4 La période de deux ans est applicable pour les assurés de 16 ans et plus. Cette période est réduite à un an pour les assurés de moins de 16 ans et à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

Dans tous les cas, la période débute à la date d'achat du dernier équipement.

Par dérogation, le renouvellement peut être anticipé en cas d'évolution de la vue ou de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur (L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale).

#### 5 Définitions des types de verres

##### Verres simples :

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,

- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,

- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

##### Verres complexes :

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,

- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,

- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,

- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,

- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,

- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

##### Verres ultra complexes :

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,

- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,

- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,

- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

6 Le remboursement de la monture de classe A est plafonné à 30 €.

# ANNEXE 1

## GRILLES OPTIQUE

### Grille Optique BASE Adulte

Régime de base			
Défauts visuels (S = sphère + cylindre)		Codes de regroupement	Garantie par verre hors réseau Santclair
ADULTE			
Verre simple sphérique	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries	VU1	75 €
	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries	VU4	100 €
Verre simple sphéro-cylindrique	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VU2	85 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	VU3	85 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VU5	135 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VU6	150 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	VU7	150 €
Verre progressif sphérique	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries	WM1	160 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	VM4	175 €
Verre progressif sphéro-cylindrique	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VM2	180 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VM3	180 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VM5	180 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VM6	200 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	VM7	200 €

Grille Optique OPTION 1 Adulte

Régime surcomplémentaire 1

Défauts visuels (S = sphère + cylindre)		Codes de regroupement	Garantie par verre	
			dans le réseau Santéclair	hors réseau Santéclair
<b>ADULTE</b>				
Verre simple sphérique	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et + 8,00 dioptries	VU1	Frais réels	75 €
	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries	VU4		100 €
Verre simple sphéro-cylindrique	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VU2	Frais réels	85 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VU3		85 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VU5		135 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VU6		150 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	VU7		150 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries	WM1		Frais réels
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	VM4	175 €		
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VM2	180 €		
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VM3	180 €		
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VM5	180 €		
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VM6	200 €		
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	VM7	200 €		

## Grille Optique OPTION 2 Adulte

## Régime surcomplémentaire 2

Défauts visuels (S = sphère + cylindre)		Codes de regroupement	Garantie par verre	
			dans le réseau Santéclair	hors réseau Santéclair
<b>ADULTE</b>				
Verre simple sphérique	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et + 8,00 dioptries	VU1	Frais réels	90 €
	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries	VU4		110 €
Verre simple sphéro-cylindrique	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VU2	Frais réels	100 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VU3		100 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VU5		140 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VU6		160 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	VU7		160 €
Verre progressif sphérique	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries	WM1	Frais réels	180 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	VM4		200 €
Verre progressif sphéro-cylindrique	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VM2		210 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VM3		210 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VM5		210 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VM6		230 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	VM7		230 €

## Grille Optique BASE Enfant

ENFANT			
Verre simple sphérique	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries	VU1	55 €
	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries	VU4	75 €
Verre simple sphéro-cylindrique	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VU2	65 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	VU3	65 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VU5	105 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VU6	125 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	VU7	125 €
	Verre progressif sphérique	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries	WM1
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries		VM4	135 €
Verre progressif sphéro-cylindrique	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VM2	145 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VM3	145 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VM5	145 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VM6	165 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	VM7	165 €

## Grille Optique OPTION1 Enfant

ENFANT				
Verre simple sphérique	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et + 8,00 dioptries	VU1	Frais réels	55 €
	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries	VU4		75 €
Verre simple sphéro-cylindrique	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VU2	Frais réels	65 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VU3		65 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VU5		105 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VU6		125 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	VU7		125 €
Verre progressif sphérique	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries	WM1		115 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	VM4		135 €
Verre progressif sphéro-cylindrique	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VM2	Frais réels	145 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VM3		145 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VM5		145 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VM6		165 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	VM7		165 €

## Grille Optique OPTION 2 Enfant

ENFANT				
Verre simple sphérique	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et + 8,00 dioptries	VU1	Frais réels	60 €
	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries	VU4		80 €
Verre simple sphéro-cylindrique	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VU2	Frais réels	70 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VU3		70 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VU5		110 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VU6		130 €
	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	VU7		130 €
Verre progressif sphérique	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries	WM1		120 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries	VM4		140 €
Verre progressif sphéro-cylindrique	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	VM2	Frais réels	150 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VM3		150 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	VM5		150 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	VM6		170 €
	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	VM7		170 €

*L'avenir commence ici.*

*SwissLife Prévoyance et Santé  
Siège social :  
7, Rue Belgrand  
92300 Levallois-Perret  
SA au capital de 150 000 000 €  
Entreprise régie par le Code des  
Assurances  
322 215 021 RCS Nanterre*



# Conditions générales des garanties d'assistance valant notice d'information contrat collectif n° SWISS2064 SwissLife collectives sur mesure

SwissLife Prévoyance et Santé société anonyme au capital de 150 000 000 euros, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 322 215 021, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 7, rue Belgrand, 92300 Levallois-Perret, a souscrit le contrat collectif n° SWISS2064 au profit de ses adhérents et auprès de Filassistance, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance, telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par Filassistance International (ci-après dénommée « Filassistance »), société anonyme au capital de 4 100 000 euros, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689, dont le siège social se situe au 108, Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex.

## A. Cadre des garanties

### 1. Comment contacter Filassistance ?

Téléphone	Depuis la France	09 77 40 71 71
	Depuis l'étranger	+ 33 9 77 40 71 71
Télécopie		09 77 40 17 87
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex	
Courriel	assistance.personnes@filassistance.fr	

**Important : pour que les prestations d'assistance soient acquises, Filassistance doit avoir été prévenue (par téléphone ou télécopie) et avoir donné son accord préalable.**

### 2. Qui peut bénéficier des garanties ?

Ont la qualité de bénéficiaires, l'adhérent, son conjoint, leur(s) enfant(s) et vivant sous le même toit ainsi que toute personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

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

### 3. Où s'appliquent les garanties ?

À l'exception des garanties décrites à l'article B. « Assistance en cas de Voyage et déplacement en France ou à l'étranger » qui s'appliquent en France et / ou à l'étranger, les garanties d'assistance fournies par Filassistance au titre des présentes conditions générales valant notice d'information, s'appliquent en France telle que définie ci-dessous.

Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la zone de résidence de l'adhérent, telle que définie ci-dessous.

### 4. Quelle est la période des garanties ?

Les garanties définies dans la présente notice suivent le sort du contrat d'assurance complémentaire santé auquel elles se rattachent et dont elles font partie intégrante (délai de rétractation applicable en cas de vente à distance ou suite à démarchage à domicile, avenant, suspension, résiliation, etc.).

Les bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion au contrat d'assurance complémentaire santé « SwissLife collectives sur mesure » souscrit auprès SwissLife Prévoyance et Santé.

Toutefois, le droit à garantie auprès de Filassistance cesse pour chaque adhérent :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance complémentaire Santé « SwissLife collectives sur mesure » souscrit auprès SwissLife Prévoyance et Santé ;
- En cas de résiliation du contrat collectif d'assistance n° SWISS2064.

## B. Généralités

### 1. Définitions

#### Accident

Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

#### Actes de la vie quotidienne

Se lever / se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son domicile.

#### Adhérent

Toute personne physique salariée d'une entreprise ayant souscrit au contrat complémentaire santé « SwissLife collectives sur mesure » souscrit auprès de SwissLife Prévoyance et Santé, adhérent au contrat collectif d'assistance n° SWISS2064 et qui s'engage à acquitter la cotisation émise aux périodes définies.

#### AGGIR

Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

#### Aidant

L'adhérent ou son conjoint qui assiste un proche parent aidé en état de dépendance. L'aidant apporte une aide quotidienne à son proche parent aidé pour les actes de la vie quotidienne.

#### Aide à domicile

Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

#### Animaux de compagnie

Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation

**à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, mastiff, american staffordshire terrier, tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « pitt bull ».** L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.

### Atteinte corporelle grave

Maladie ou accident causant une dégradation significative de l'état de santé du bénéficiaire et nécessitant un traitement médical urgent et / ou long.

### Bénéficiaire

Toute personne désignée à l'article 2 du paragraphe A, ci-avant.

### Conjoint

Le conjoint marié à l'adhérent, non séparé de corps; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) à l'adhérent.

### Contrat

Le contrat collectif d'assistance n° SWISS2064.

### Dépendance

État de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le groupe GIR 4 de la grille AGGIR.

### Domicile

Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

### Équipe médicale

Médecin de Filassistance.

### Étranger

Tout pays situé **hors de France, à l'exclusion des pays formellement déconseillés par le ministère des Affaires étrangères français dont la liste est accessible sur le site <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/>**

### Événement

Selon la garantie sollicitée, la maladie, l'accident, le traitement de radiothérapie ou de chimiothérapie, le décès, la grossesse, l'accouchement ou la maternité.

### France

France métropolitaine, les départements et régions d'outre-mer français (Guadeloupe, Guyane française, Martinique et La Réunion) et les principautés de Monaco et d'Andorre.

### Franchise

Part des frais qui reste définitivement à la charge du bénéficiaire.

### Handicap

Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

### Hospitalisation

**Sauf stipulation contraire**, tout séjour d'une durée **supérieure à 48 heures**, dans le but de recevoir des soins à la suite d'un accident ou d'une maladie. L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité(e) à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

### Hospitalisation imprévue

Tout séjour imprévu d'une durée **supérieure à 24 heures, hors séjour ambulatoire**, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une atteinte corporelle et dont la survenance n'était pas connue **dans les cinq (5) jours** avant son déclenchement.

### Immobilisation

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

### Maladie

Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

### Maladies graves

- **Infarctus du myocarde** : il s'agit de la nécrose d'une zone du muscle myocardique, dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électrocardiographique, associée à une augmentation des enzymes cardiaques et aux douleurs caractéristiques.
- **Coronaropathie** : sont prises en considération, les coronaropathies ayant nécessité une intervention chirurgicale à « cœur ouvert » avec au moins un double pontage coronarien.
- **Accident vasculaire cérébral sans guérison complète** : l'accident vasculaire cérébral est défini comme étant un infarctus du tissu cérébral ou une hémorragie intracrânienne. Il devra y être associé un déficit neurologique séquellaire persistant de façon constante plus de 15 jours.
- **Cancer** : toute tumeur maligne caractérisée par la croissance non contrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus. La preuve indiscutable d'un tel phénomène ou l'examen anatomopathologique d'une tumeur maligne doit être fourni. Sont également couverts les leucémies, les lymphomes et la maladie de Hodg.
- **Insuffisance rénale** : il s'agit des insuffisances rénales dépassées entraînant la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse péritonéale ou une hémodialyse.
- **Greffe d'organe** : sont retenues les greffes d'organes suivantes : la greffe du cœur, du cœur et des poumons, celle du foie, du pancréas ou du rein. La greffe de la moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe. Le risque est considéré réalisé lorsque la maladie grave ou la greffe d'organe a fait l'objet d'un diagnostic, c'est-à-dire la constatation clinique et paraclinique d'une affection établie et justifiée de manière impartiale par une autorité médicale spécialisée.
- **Infarctus du myocarde** : il s'agit de la nécrose d'une zone du muscle myocardique, dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électrocardiographique, associée à une augmentation des enzymes cardiaques et aux douleurs caractéristiques.

### Proche parent

Les ascendants et descendants du premier degré et / ou le conjoint de l'adhérent tel que défini ci-dessus.

### Proche parent aidé

Les ascendants et descendants du premier degré et / ou le conjoint en état de dépendance de l'adhérent tel que défini ci-dessus.

### Titre de transport

Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est **inférieure à 5 heures**, il est remis un billet de train, aller et retour, 1<sup>re</sup> classe. Pour les trajets **supérieurs à cette durée**, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.

### Zone de résidence

**Pour l'adhérent résidant en France métropolitaine (Corse incluse), Andorre ou Monaco** : zone couvrant la France métropolitaine (Corse) et Andorre et Monaco.

**Pour l'adhérent résidant dans les départements et régions d'outre-mer français** : zone limitée au département-région (Guadeloupe, Martinique, Guyane ou La Réunion) dans lequel se trouve le domicile de l'adhérent.

## 2. Mise en œuvre des prestations

### 2.1. Délivrance des prestations

Filassistance est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, **du lundi au vendredi de 9 h à 18 h (hors jours fériés)**. En cas de rapatriement sanitaire ou de corps prévu par les garanties d'assistance, Filassistance met en œuvre cette prestation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter Filassistance, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention, **dans un délai de cinq (5) jours** suivant l'événement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat **SWISS2064**. Le bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de Filassistance.

À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée. **En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.**

**Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le bénéficiaire lors de la durée de la garantie, excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.**

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

### 2.2. Règlement des prestations

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

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

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

### 2.3. Conditions d'ordre médical

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

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

Afin de permettre à l'équipe médicale de Filassistance de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'événement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de Filassistance.

### 2.4. Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

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

Filassistance s'engage à fournir une réponse dans un **délai maximal de 72 heures**.

La responsabilité de Filassistance ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- **D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le bénéficiaire aura obtenu(s) ;**

- **De difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le bénéficiaire, des informations communiquées. Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter l'adhérent et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.**

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical). **De plus, en cas d'urgence médicale, le bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).** Les prestations d'information juridique dispensées par Filassistance ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc. Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, **ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.**

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

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

### 2.5. Conditions de prise en charge des titres de transport

En cas de transfert sanitaire ou de transport organisé et pris en charge par Filassistance, le bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

À défaut de modification ou d'échange, le bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à verser les sommes correspondantes à Filassistance, et ce dans les 90 jours de son retour.

**Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le bénéficiaire pour son retour seront pris en charge par Filassistance.**

### 2.6. Avance de frais

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

#### 2.6.1. Conditions préalables au versement de l'avance par Filassistance

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

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

#### 2.6.2. Délai de remboursement de l'avance à Filassistance

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

#### 2.6.3. Sanctions

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

## 3. Exclusions

### 3.1. Exclusions communes à toutes les garanties

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

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'adhérent ou le bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

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

- les hospitalisations répétitives pour une même cause ;
- les hospitalisations de long séjour ;
- des tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- des maladies ou des troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;
- des états de grossesse (sauf pour les garanties prévues au 12) ;
- des accouchements (sauf pour les garanties prévues au 13) ;
- des états pathologiques faisant suite à une interruption volontaire de grossesse ou une procréation médicalement assistée ;
- de toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique) ;
- des affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile ;
- de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ;
- d'un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique tel que visé à l'article R. 234-1, I 1° du Code de la route ;
- d'un conflit armé (guerre étrangère ou civile), d'une émeute ;
- de la participation volontaire du bénéficiaire à un acte de terrorisme ou de sabotage, un crime un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- des accidents et décès survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallies ou à leurs essais préparatoires.

### 3.2. Exclusions territoriales

Les garanties ne peuvent jamais trouver à s'appliquer, sauf dispositions dérogatoires expresses :

- dans un pays en guerre que celle-ci soit internationale ou civile ;
- dans un pays sur le territoire duquel a lieu quelque émeute, soulèvement de population, manifestation ou plus généralement tout événement que ce soit dont l'ampleur rend manifestement la mise en œuvre de la prestation ou garantie impossible.

Par ailleurs, toute délivrance de prestation ou de garantie prévue au contrat devant être effectuée :

- dans un pays répertorié sur l'une des listes officielles mises à disposition par la Direction générale du trésor et librement consultables sur le site internet officiel de cette dernière accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales> ;
- dans un pays répertorié sur l'une des listes officielles mises à disposition par le Groupe d'action financière (Gafi) et librement consultables sur le site internet officiel de ce dernier et accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : <https://www.fatf-gafi.org/fr/pays/> ;
- et, plus généralement, dans un pays faisant l'objet d'une sanction internationale ou dans lequel la délivrance en tout ou partie de la garantie par l'assureur contreviendrait à la réglementation européenne et internationale applicables, sera réalisée dans le cadre des dispositions et restrictions spécifiques prévues aux termes de l'une ou l'autre des listes précitées.

L'adhérent reconnaît que la réglementation européenne et internationale définissant les interdictions et / ou restrictions d'activité commerciale, financière ou bien encore assurancière dans certains pays ou zones géographiques de la planète, dont les listes officielles telles que notamment celles mises à disposition par la DGT et le Gafi découlent directement, sont susceptibles d'évoluer à tout moment et ainsi entraîner des modifications du périmètre et / ou de la portée des mesures de restriction

et / ou d'interdiction prévues aux termes de ces dernières ou, le cas échéant, de toute autre liste officielle s'y ajoutant ou s'y substituant.

À ce titre, en cas de désaccord entre les parties sur l'interdiction faite à Filassistance de délivrer sa garantie, celles-ci devront se référer à la ou les liste(s) officielle(s) dans leur version en vigueur au regard de la réglementation applicable à la date de survenance du sinistre litigieux.

Dans le cadre de toute opération de virement à l'international ordonnée par Filassistance, il est entendu entre les parties que la responsabilité de Filassistance ne saurait être recherchée dans l'hypothèse où l'établissement bancaire émetteur auquel Filassistance s'est adressé refuserait de procéder à l'opération de virement au motif que celle-ci serait contraire à la réglementation Européenne ou Internationale applicable en général ou plus particulièrement incompatible avec l'une de ses politiques internes.

## 4. Subrogation

Conformément à l'article L. 121-12 du Code des assurances, Filassistance est subrogée dans les droits et actions de l'adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

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

## 5. Informatique et libertés

Conformément à la loi « informatique et libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par Filassistance et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès de l'adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

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

Les informations personnelles de l'adhérent pourront éventuellement faire l'objet de transferts vers des prestataires ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union européenne pour l'exécution des prestations d'assistance.

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

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

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

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

Sous certaines conditions réglementaires, l'adhérent peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

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

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

L'adhérent pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du délégué à la protection des données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, l'adhérent a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission nationale informatique et libertés – 3, place de Fonteno, 75007 Paris – <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-> contacter-la-cnil – Tél. : 01 53 73 22 22.

## 6. Responsabilité

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

Filassistance est seule responsable vis-à-vis de l'adhérent, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. À ce titre, Filassistance sera responsable des dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard de l'adhérent, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés. Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de Filassistance et un préjudice de l'adhérent.

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

## 7. Autorité de contrôle

Filassistance est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

## 8. Réclamations

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

- Auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice ;
- Par courrier à l'adresse suivante : Filassistance – Service réclamations – 108, Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex ;
- par e-mail à [qualite@filassistance.fr](mailto:qualite@filassistance.fr) ;
- sur le site Internet [www.filassistance.fr](http://www.filassistance.fr) via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

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

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

Si le désaccord persiste, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra soit saisir les tribunaux compétents, soit saisir gratuitement le médiateur de l'assurance en adressant sa demande :

- Par courrier à l'adresse suivante : Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 ;
- sur le site Internet [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org).

Le médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux parties et laisse la liberté pour l'adhérent ou le bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

## 9. Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

### *Délai de prescription Article L. 114-1*

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

### *Causes d'interruption de la prescription Article L. 114-2*

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

### *Caractère d'ordre public de la prescription Article L. 114-3*

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

### *Causes ordinaires d'interruption de la prescription*

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

### *Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait*

#### *Article 2240 du Code civil*

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

### *Demande en justice Article 2241 du Code civil*

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

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

### Article 2242 du Code civil

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

### Article 2243 du Code civil

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

### Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée Article 2244 du Code civil

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

### Étendue de la prescription quant aux personnes Article 2245 du Code civil

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

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

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

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

### Article 2246 du Code civil

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

### Causes de report et de suspension de la prescription

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

### Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

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

### Article 2234 du Code civil

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

### Article 2235 du Code civil

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

### Article 2236 du Code civil

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

### Article 2237 du Code civil

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

### Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

### Article 2239 du Code civil

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

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée. Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

### Saisine du médiateur

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

## 10. Fausse déclaration

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.

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

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L. 113-9 du Code des assurances. Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

## 11. Loi applicable et juridiction compétente

La présente notice est régie par le droit français. En cas de litige portant sur la présente notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'adhérent.

## C. Détail des prestations garanties

### I. Assistance vie quotidienne

#### 1. Prestations accessibles au bénéficiaire dès l'adhésion

##### 1.1. Information santé d'ordre général

**Info Santé** est un service d'informations générales animé par les médecins de Filassistance et destiné à répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

- la santé ;
- les vaccinations ;
- la mise en forme ;
- la diététique.

##### 1.2. Information spécifique à une pathologie

**Info Santé** est aussi un service d'informations sur les pathologies (Parkinson, Alzheimer, Sida, allergies, etc.) animé par les médecins de Filassistance et destiné à répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

- traitements et conséquences ;
- évolution de la maladie ;
- risque de transmission génétique, risque de contagion pour l'entourage.

##### 1.3. Prévention maladies cardiovasculaires

Filassistance informe le bénéficiaire sur les maladies cardiovasculaires qu'il encourt. Il pourra ainsi acquérir des connaissances sur les facteurs de risques qu'il présente et ainsi être éduqué aux bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie.

Dans cette optique, le bénéficiaire pourra donc bénéficier d'informations de prévention et d'accompagnement en fonction des facteurs de risque détectés qui lui sont propres.

**Cette garantie est limitée à 1 entretien téléphonique par année civile.**

#### 1.4. Prévention de troubles musculosquelettiques

Filassistance organise et prend en charge un bilan téléphonique réalisé par un ergothérapeute. Ce bilan comprend l'évaluation de la situation professionnelle du bénéficiaire, son installation au lieu de travail et tout facteur qui peut provoquer des troubles musculo-squelettiques, comme les situations de stress au niveau professionnel et personnel.

À la suite de ce bilan, l'ergothérapeute rédige un compte rendu avec ses préconisations et aide le bénéficiaire à établir les devis et à réaliser des essais de matériel en faisant appel aux professionnels spécialisés.

Le bénéficiaire pourra également être orienté vers son médecin du travail.

**Cette garantie est limitée à 3 entretiens téléphoniques par année civile.**

#### 2. Prestation accessible en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant du bénéficiaire

##### 2.1. Téléconsultation

Le bénéficiaire majeur ou le titulaire de l'autorité parentale du bénéficiaire mineur peut contacter Filassistance afin de bénéficier d'une téléconsultation délivrée par des médecins généralistes ou spécialistes.

**Toute téléconsultation pour un majeur sous tutelle devra être effectuée par le tuteur.**

La téléconsultation est dispensée dans le respect des dispositions du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 sur la télémédecine et des dispositions légales concernant le secret médical.

**Les ordonnances délivrées dans le cadre de la téléconsultation seront rédigées exclusivement en français et seront valables uniquement au sein de l'Union européenne.**

Lors du premier appel du bénéficiaire auprès de Filassistance, un lien vers une plateforme lui sera communiqué. Afin de bénéficier de la téléconsultation, le bénéficiaire devra s'y inscrire et y déposer sa carte d'identité.

Le bénéficiaire pourra ensuite formuler sa demande de téléconsultation sur la plateforme.

À l'issue de la téléconsultation, le médecin apportera au bénéficiaire une réponse médicale adaptée à sa situation. Cette réponse, rendue par écrit, téléphone ou visioconférence, prendra l'une des formes suivantes :

- un conseil, un diagnostic, un avis complémentaire ;
- une orientation vers le médecin traitant ;
- une orientation vers un spécialiste ;
- une ordonnance.

Le médecin, inscrit au Conseil national de l'ordre des médecins, délivrant la téléconsultation **est seul décisionnaire de la suite à y donner**. Dans le cas où il identifierait une urgence médicale, le bénéficiaire sera réorienté vers les services d'urgence.

**Le service de téléconsultation médicale ne pourra pas délivrer d'arrêts de travail, de certificats médicaux, de renouvellements d'ordonnance d'une durée supérieure à 1 mois, d'ordonnances de kinésithérapie et pour des semelles orthopédiques.**

**L'accès à cette prestation est illimité et son coût est pris en charge par Filassistance.**

#### 3. Prestation accessible en cas de maladie ou d'accident au domicile

##### 3.1. Transfert à l'hôpital et retour au domicile

Filassistance prend en charge, **sur prescription médicale du médecin traitant du bénéficiaire, un aller / retour maximum par événement**, en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, **du domicile jusqu'au lieu de son hospitalisation**.

**Les frais de transport liés au transfert du bénéficiaire, sont pris en charge par Filassistance en complément des remboursements réalisés par la Sécurité Sociale et les organismes de protection sociale complémentaire (mutuelle, assureur ou institution de prévoyance santé).**

#### 4. Prestations accessibles en cas d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours d'un bénéficiaire

##### 4.1. Acheminement des médicaments

Filassistance organise et prend en charge l'acheminement de médicaments au domicile du bénéficiaire, si celui-ci est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé.

**Le coût du ou des médicaments sera pris en charge financièrement par le bénéficiaire.**

##### 4.2. Envoi d'un médecin

Filassistance apporte son aide, en l'absence du médecin traitant, pour trouver un médecin de garde, sur le lieu de domicile du bénéficiaire.

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

**Les frais de visite ou autres restent à la charge du bénéficiaire.**

## 5. Prestations accessibles en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures du bénéficiaire

### 5.1. Plan d'aide à la convalescence

Pendant l'hospitalisation ou lors du retour à domicile du bénéficiaire, l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance réalise un entretien téléphonique avec le bénéficiaire ou sa famille afin d'évaluer notamment sa situation médico-psycho-sociale et d'établir conjointement un plan d'aide à la convalescence. Ce plan a pour objectif de faciliter la vie de la famille pendant et après l'hospitalisation et aborde différents domaines :

#### Les besoins en services à domicile

Filassistance fait un bilan sur les services déjà en cours, fréquences et heures d'intervention et établit quels sont les services complémentaires qui faciliteraient la vie quotidienne du bénéficiaire et de sa famille.

#### Les droits et les démarches

Filassistance aide le bénéficiaire dans ses démarches administratives et l'accompagne sur un plan administratif, juridique et social, dans la constitution de dossiers et la recherche de financements (aides financières publiques, etc.).

#### Les aides techniques

Filassistance peut informer le bénéficiaire sur les aides techniques éventuelles pouvant favoriser sa convalescence le cas échéant. Filassistance peut mettre en relation le bénéficiaire avec des distributeurs de matériels médicaux pouvant délivrer ces aides.

### 5.2. Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** du bénéficiaire restés seuls au domicile sans surveillance d'un adulte, Filassistance organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par le bénéficiaire :

- la garde à domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par Filassistance selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour maximum pendant 2 jours dans la limite de 150 euros TTC par événement** ;
- **ou** le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la zone de résidence du bénéficiaire, en mettant à leur disposition **un titre de transport** ;
- **ou** la venue d'un proche, habitant dans la zone de résidence du bénéficiaire, en mettant à sa disposition **un titre de transport** ;
- **ou** l'accompagnement des enfants à l'école **dans la limite de 10 allers / retour maximum à concurrence de 500 euros TTC maximum pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile du bénéficiaire.**

### 5.3. Garde ou transfert des ascendants

Si personne ne peut s'occuper des ascendants du bénéficiaire vivant habituellement au domicile et restés seuls, Filassistance organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par le bénéficiaire :

- la garde à domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par Filassistance selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour maximum pendant 2 jours dans la limite de 150 euros TTC par événement** ;
- **ou** le transfert de ces personnes, chez un proche habitant dans la zone de résidence du bénéficiaire en mettant à leur disposition **un titre de transport** ;
- **ou** la venue d'un proche, habitant dans la zone de résidence du bénéficiaire, en mettant à sa disposition **un titre de transport.**

### 5.4. Assistance aux animaux de compagnie

Filassistance organise et prend en charge (**hors frais de toilettage et de soins vétérinaires**) la garde à l'extérieur ou l'entretien à domicile des animaux de compagnie tels que définis ci-dessus.

**La prise en charge est limitée à 30 jours calendaires par événement, à compter du début de l'hospitalisation du bénéficiaire.**

## 6. Prestations accessibles en cas d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours ou d'hospitalisation supérieure à 48 heures d'un bénéficiaire

### 6.1. Aide à domicile

Filassistance met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile exerçant dans sa zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

Filassistance prend en charge la rémunération de l'aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à Filassistance **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de Filassistance ;
- **la durée de mise en œuvre de cette garantie et le nombre d'heures attribuées sont déterminés en fonction de l'état de santé et / ou de la situation de famille du bénéficiaire, par le service médical de Filassistance.**

**Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 30 heures par événement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le début de l'hospitalisation ou la date de fin d'hospitalisation ou pendant la période d'immobilisation du bénéficiaire.**

### 6.2. Organisation de soins à domicile

À la demande du bénéficiaire et **sous réserve que les soins soient prescrits par un médecin**, Filassistance organise la mise en place d'un service de soins à domicile (infirmière, auxiliaire de vie). **Le coût de ce service reste à la charge du bénéficiaire.**

### 6.3. Voyage et hébergement d'un proche

Lors de l'hospitalisation ou d'immobilisation du bénéficiaire, Filassistance organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la même zone de résidence que celle du bénéficiaire, en mettant à sa disposition **un titre de transport**, afin de se rendre au chevet du bénéficiaire.

**Filassistance prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 2 nuits maximum (petit déjeuner compris) et dans la limite de 160 euros TTC par événement.**

## 7. Prestations accessibles en cas d'atteinte corporelle grave

### 7.1. Information relatives à la maladie et au handicap

Filassistance recherche et communique au bénéficiaire les renseignements d'ordre privé qui lui sont nécessaires dans les domaines mentionnés ci-après :

- différentes possibilités de couverture et prises en charges en matière d'assurance maladie ;
- invalidité ;
- handicap ;
- associations, groupe de parole.

### 7.2. Prise en charge de la maladie et du handicap

L'équipe pluridisciplinaire de Filassistance composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, etc., renseigne et accompagne le bénéficiaire et ses proches dans les domaines suivants :

- sensibilisation du bénéficiaire et des proches sur les démarches à suivre ;
- conseils sur l'appréhension du handicap ou de la maladie ;
- conseil sur la gestion du stress et la survenance de celui-ci ;
- aide dans la prise de conscience de l'état de santé ;
- informations sur les associations, groupes de parole.

### 7.3. Assistance psychologique

Filassistance met en relation le bénéficiaire avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée (**3 entretiens téléphoniques maximum par événement**) et / ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

**Les frais de consultations des professionnels assurant la prise en charge psychologique sont à la charge de la famille du bénéficiaire.**

### 7.4. Accompagnement médico-social

L'équipe médico-sociale de Filassistance est à l'écoute du bénéficiaire pour réaliser un bilan de sa situation individuelle et l'informer sur les aides dont il peut bénéficier. Celle-ci peut également l'assister, s'il le souhaite, dans ses démarches auprès des organismes appropriés et les demandes d'allocations spécifiques.

### 7.5. Aide à la recherche et mise en relation avec des prestataires de santé, de services d'aide à domicile, d'associations

Filassistance propose l'organisation et la coordination de services au quotidien.

Filassistance recherche et met en relation le bénéficiaire avec le prestataire qui pourra l'aider dans la vie courante pour :

- le transport / l'accompagnement (exemples : visite chez le médecin, à l'hôpital, chez le coiffeur, à la Poste ou à la banque, chez le vétérinaire, au supermarché, à la gare, à l'aéroport, etc.) ;
- la livraison de courses ;
- le portage de repas à domicile, service de linge, coiffeur, pédicure, kinésithérapeute à domicile ;
- la présence d'une dame de compagnie : personne venant faire la lecture, jouer aux cartes, discuter, aider à classer ou remplir des documents ;
- les petits dépannages (exemples : serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie, etc.) ;
- le petit bricolage (exemples : changer les fusibles, ampoules électriques, etc.) ;
- le petit jardinage (exemples : tondre la pelouse, couper une haie, etc.) ;
- les soins à domicile.

**Les frais de transport, la réalisation des courses, les travaux effectués et les frais engagés (pièces s'il y a lieu, main d'œuvre et déplacement) sont à la charge du bénéficiaire.**

### 7.6. Orientation vers des prestataires spécialisés

En cas de traitement chimiothérapique, Filassistance oriente le bénéficiaire vers des prestataires dédiés tels que :

- aide à la toilette ;
- fournisseur de perruques ;
- coiffeur à domicile ;
- esthéticienne ;
- coach sportif.

### 7.7. Accompagnement dans les déplacements

Filassistance recherche pour le bénéficiaire des services d'aide au déplacement pour se rendre dans des lieux publics tels que la banque, la Poste, un établissement de soins, un cabinet médical, etc.

Filassistance organise et prend en charge, le cas échéant, la venue d'un accompagnateur (accompagnement véhiculé ou au bras) **dans la limite de 150 euros TTC par année civile.**

### 7.8. Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement ou du véhicule

Filassistance :

- recherche des entreprises pour faire établir des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement ou du véhicule et met en relation le bénéficiaire avec ces entreprises s'il le souhaite ;
- donne des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé.

En aucun cas Filassistance ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qui pourraient être effectués.

**Le choix final des prestataires est du ressort du bénéficiaire, Filassistance ne pourra pas être tenue responsable de la qualité et des délais des travaux d'adaptation du logement.**

### 7.9. Accompagnement budgétaire et social

Le bénéficiaire ou l'un de ses proches peut contacter Filassistance pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de Filassistance ;
- une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie du bénéficiaire ;
- une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé.

### 7.10. Accompagnement personnalisé pour réenvisager son avenir professionnel

Filassistance organise un bilan de situation professionnelle pour le bénéficiaire confronté à la survenance d'une maladie grave ou d'un handicap qui l'empêche de reprendre son activité préalable.

Filassistance accompagne le bénéficiaire dans la rédaction de CV, de lettres de motivation, aide à la préparation des entretiens d'embauche et vérifie l'adéquation entre le cursus et le poste recherché.

## 8. Prestations accessibles lors d'un traitement de chimiothérapie ou radiothérapie ou d'une hospitalisation liée à une maladie grave de l'adhérent ou de son conjoint

### 8.1. Aide à domicile

Filassistance prend en charge la rémunération de l'aide à domicile, dans la condition suivante : avant la mise en œuvre de la prestation, le protocole de soins ou un bulletin d'hospitalisation de l'adhérent ou de son conjoint devra être adressé à Filassistance **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de Filassistance.

**Filassistance prend en charge 2 heures dans les 2 jours qui suivent le traitement ou la date de retour à domicile de l'adhérent ou de son conjoint, dans la limite 20 heures par année civile.**

**En tout état de cause, le plafond demeure de 20 heures maximum en cas de traitement associant différents traitements pour un même événement.**

### 8.2. Garde ou conduite à l'école des enfants âgés de moins de 16 ans

Filassistance organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'adhérent ou son conjoint :

- la garde à domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par Filassistance selon la situation et **ne pourra dépasser 2 heures maximum par événement dans les 2 jours qui suivent le traitement ou la date de retour à domicile de l'adhérent ou de son conjoint ;**
- ou l'accompagnement des enfants à l'école **dans la limite de 2 allers / retours maximum par événement dans les 2 jours qui suivent le traitement ou la date de retour à domicile de l'adhérent ou de son conjoint.**

### 8.3. *Accompagnement au diagnostic*

L'équipe médicale de Filassistance accompagne l'adhérent ou son conjoint dans la compréhension de la maladie et son stade évolutif, sur les impacts sur son mode de vie, les possibilités thérapeutiques et sur la gravité ou l'incertitude du diagnostic.

**Cette garantie est limitée à 2 entretiens téléphoniques par année civile avec le médecin de Filassistance.**

### 8.4. *Aide à l'annonce du diagnostic aux proches*

Les psychologues de Filassistance peuvent aborder avec l'adhérent ou son conjoint les questions à se poser portant sur l'appréhension pour l'annonce du diagnostic aux proches et envisager les moyens les plus adaptés pour le faire.

**Cette garantie est limitée à 2 entretiens téléphoniques par année civile avec les psychologues de Filassistance.**

### 8.5. *Aide à l'organisation de la vie sociale, professionnelle pendant les soins ou un arrêt de travail en longue maladie*

Les assistantes sociales de Filassistance réalisent un bilan de situation du foyer et peut orienter et assister l'adhérent ou son conjoint dans les démarches auprès des organismes concernés.

Filassistance l'aide à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière et sociale. Si besoin, une mise en relation avec les services sociaux locaux peut être réalisée par Filassistance. **Cette garantie est limitée à 3 entretiens téléphoniques par année civile avec les assistantes sociales de Filassistance.**

### 8.6. *Accompagnement de fin de vie de l'adhérent ou de son conjoint*

L'équipe médico-sociale de Filassistance réalise un accompagnement personnalisé en tenant compte de la situation physique et sociale de l'adhérent ou son conjoint :

- informations sur les soins palliatifs ;
- maintien à domicile : organisation des prestations à domicile ;
- renseignements sur les dispositifs réglementaires : aides financières possibles, formalités à accomplir, congés spécifiques pour les aidants, etc.

### 8.7. *Organisation et démarches en fin de vie de l'adhérent ou de son conjoint*

Filassistance apporte des informations à l'adhérent ou à son conjoint concernant les démarches et formalités à accomplir : informer les proches de l'existence d'un contrat d'assurance décès, ses dernières volontés, l'existence d'un testament, etc.

**Cette garantie est limitée à 1 entretien téléphonique par année civile.**

## 9. Prestations accessibles en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures d'un enfant âgé de moins de 10 ans de l'adhérent ou de son conjoint

### 9.1. *Présence auprès de l'enfant hospitalisé*

**En cas d'hospitalisation à plus de 30 kilomètres du domicile d'un enfant âgé de moins de 10 ans de l'adhérent ou de son conjoint, Filassistance prend en charge les frais de séjour à l'hôtel de l'adhérent ou de son conjoint pendant 2 nuits maximum à concurrence de 160 euros TTC maximum par événement.**

**Les frais de nourriture et annexes sont exclus.**

### 9.2. *Garde des autres enfants âgés de moins de 16 ans*<sup>10</sup>

Si personne ne peut s'occuper des autres enfants âgés de moins de 16 ans de l'adhérent ou de son conjoint restés seuls au domicile sans surveillance d'un adulte, Filassistance organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'adhérent ou son conjoint :

- la garde à domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par Filassistance selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour maximum pendant 2 jours dans la limite de 150 euros TTC par événement** ;
- **ou** le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la zone de résidence de l'adhérent, en mettant à leur disposition **un titre de transport** ;
- **ou** la venue d'un proche, habitant dans la zone de résidence de l'adhérent, en mettant à sa disposition **un titre de transport** ;
- **ou** l'accompagnement des enfants à l'école **dans la limite de 10 allers / retours maximum à concurrence de 500 euros TTC maximum par événement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile de l'adhérent.**

## 10. Prestation accessible en cas d'immobilisation supérieure à 5 jours d'un enfant âgé de moins de 16 ans de l'adhérent ou de son conjoint

### 10.1. *Garde de l'enfant immobilisé au domicile*

Si personne ne peut s'occuper de l'enfant immobilisé âgé de moins de 16 ans de l'adhérent ou de son conjoint resté seul au domicile, Filassistance organise et prend en charge sa garde à domicile.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par Filassistance selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour maximum dans la limite de 3 jours ouvrés consécutifs par événement.**

## 11. Prestation accessible en cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours d'un enfant âgé de moins de 16 ans de l'adhérent ou de son conjoint

### 11.1. *École à domicile*

**Dès le 16<sup>e</sup> jour d'absence scolaire consécutive à une maladie ou un accident, Filassistance recherche et prend en charge un répétiteur scolaire se déplaçant au domicile de l'adhérent pour donner à l'enfant des cours allant de la classe préparatoire à la classe terminale, dans les matières principales (français, mathématiques, langues étrangères (première et seconde langues inscrites au programme scolaire), physique - chimie, histoire - géographie, sciences de la vie et de la terre), à raison de 10 heures maximum par semaine et dans la limite de 2 000 euros TTC par événement.**

**Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires d'été et pendant les jours fériés. Elle cesse en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.**

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours seront effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions **sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.**

Un certificat médical devra être adressé à Filassistance indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et précisant que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

## 12. Prestations accessibles en cas de grossesse ou de maternité de l'adhérent ou de son conjoint

### 12.1. Information thématique santé

La prestation d'information santé est fournie par les médecins de Filassistance et destinée à répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

- la santé de la femme enceinte ;
- la nutrition ;
- l'accouchement ;
- les risques liés à certaines activités ;
- le bébé ;
- le calendrier vaccinal.

### 12.2. Information pratique

Filassistance répond à toute question relative aux thèmes suivants :

- les modes de garde ;
- les maternités et leur classification ;
- les démarches administratives durant la grossesse ;
- la déclaration de la naissance.

### 12.3. Aide à domicile

En cas d'hospitalisation imprévue **supérieure à 5 jours** ou d'immobilisation au domicile avec alitement **de plus de 2 semaines** liée à sa grossesse, Filassistance met à la disposition de l'adhérent ou de son conjoint, une aide à domicile exerçant dans sa zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

Filassistance prend en charge la rémunération de l'aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à Filassistance **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de Filassistance ;
- **la durée de mise en œuvre de cette garantie et le nombre d'heures allouées sont déterminés en fonction de l'état de santé et / ou de la situation de famille de l'adhérent / de son conjoint, par le service médical de Filassistance.**

**Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 20 heures par événement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le retour au domicile de l'adhérent ou de son conjoint ou la date de début d'immobilisation de l'adhérent ou de son conjoint.**

**La garantie peut être accordée 2 fois lors des hospitalisations ou des immobilisations répétées au cours de la même grossesse de l'adhérent ou de son conjoint.**

### 12.4. Garde des enfants âgés de moins de 16 ans

Si à la suite d'une hospitalisation **supérieure à 5 jours** ou d'une immobilisation au domicile avec alitement de plus de 2 semaines liée à la grossesse et si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** de l'adhérent ou de son conjoint restés seuls au domicile sans surveillance d'un adulte, Filassistance organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'adhérent ou son conjoint :

- la garde à domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par Filassistance selon la situation et **ne pourra dépasser 20 heures dans la limite de 150 euros TTC par événement ;**
- **ou** le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la zone de résidence de l'adhérent, en mettant à leur disposition **un titre de transport ;**
- **ou** la venue d'un proche, habitant dans la zone de résidence de l'adhérent, en mettant à sa disposition **un titre de transport ;**
- **ou** l'accompagnement des enfants à l'école **dans la limite de 10 allers / retours à concurrence de 500 euros TTC maximum par événement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile de l'adhérent.**

**La garantie peut être accordée 2 fois lors des hospitalisations ou des immobilisations répétées au cours de la même grossesse de l'adhérent ou de son conjoint.**

### 12.5. Livraison de médicaments

Si du fait de son immobilisation au domicile avec alitement **de plus de 2 semaines**, l'adhérent ou son conjoint ne peut pas se déplacer pour se procurer des médicaments indispensables au traitement prescrit par ordonnance médicale, Filassistance organise et prend en charge l'acheminement de médicaments au domicile de l'adhérent.

Filassistance fait l'avance du coût de ces médicaments, que **l'adhérent ou son conjoint devra rembourser à Filassistance au moment même de leur livraison.**

### 12.6. Organisation des déplacements pour examens et analyses

Si pendant l'immobilisation au domicile avec alitement de **plus de 2 semaines**, l'adhérent ou son conjoint doit passer des examens médicaux ou faire des analyses médicales, Filassistance organise et prend en charge le transport **aller / retour maximum par événement** en ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi.

**Les frais de transport liés au transfert de l'adhérent ou de son conjoint, sont pris en charge par Filassistance en complément des remboursements réalisés par la Sécurité Sociale et les organismes de protection sociale complémentaire (mutuelle, assureur ou institution de prévoyance santé).**

## 13. Prestations accessibles à l'occasion de l'accouchement

### 13.1. Transport jusqu'à la maternité

Si, le jour de l'accouchement, le conjoint est indisponible (hospitalisation, immobilisation ou contrainte professionnelle) et si aucun proche ne peut accompagner la bénéficiaire, Filassistance procédera au remboursement du transport du la bénéficiaire jusqu'à la maternité, **en complément et sur justificatifs des remboursements éventuels obtenus par le bénéficiaire auprès de la Sécurité sociale et de tout autre organisme de prévoyance complémentaire auquel il est affilié.**

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

### 13.2. Présence d'un proche au domicile

Pendant le séjour à la maternité de la maman, Filassistance organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la même zone de résidence que celle du bénéficiaire en mettant à sa disposition **un titre de transport**, afin de se rendre à son domicile pour apporter de l'aide à la famille du bénéficiaire.

**Cette garantie n'est pas cumulable avec les prestations 13.3 « Séjour à l'hôtel d'un proche », 13.4 « Garde des enfants âgés de moins de 16 ans » et 13.5 « Aide à domicile ».**

### 13.3. Séjour à l'hôtel d'un proche

Pendant le séjour à la maternité de la maman, Filassistance **prend en charge l'hébergement d'un proche du bénéficiaire sur place pendant 2 nuits maximum (petit déjeuner compris) à concurrence de 80 euros TTC maximum par nuit et dans la limite de 160 euros TTC par événement.** **Cette garantie n'est pas cumulable avec la prestation 13.2 « Présence d'un proche au domicile » et 13.5 « Aide à domicile ».**

### 13.4. Garde des enfants âgés de moins de 16 ans

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** du bénéficiaire restés seuls au domicile sans surveillance d'un adulte, Filassistance organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par le bénéficiaire :

- la garde à domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par Filassistance selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour maximum pendant 2 jours dans la limite de 150 euros TTC par événement ;**

- **ou** le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la zone de résidence du bénéficiaire, en mettant à leur disposition **un titre de transport** ;
  - **ou** la venue d'un proche, habitant dans la zone de résidence du bénéficiaire, en mettant à sa disposition **un titre de transport** ;
  - **ou** l'accompagnement des enfants à l'école **dans la limite de 10 allers / retours à concurrence de 500 euros TTC par événement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile du bénéficiaire.**
- Cette garantie n'est pas cumulable avec la prestation 13.2 « Présence d'un proche au domicile ».

### 13.5. Aide à domicile

Si aucun proche n'est disponible pour venir en aide à la bénéficiaire durant son séjour à la maternité, Filassistance met à sa disposition, une aide à domicile exerçant dans sa zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

Filassistance prend en charge la rémunération de l'aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à Filassistance **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de Filassistance ;
  - **la durée de mise en œuvre de cette garantie et le nombre d'heures allouées sont déterminés en fonction de l'état de santé et / ou de la situation de famille du bénéficiaire, par le service médical de Filassistance. Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 20 heures par événement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le retour au domicile du bénéficiaire ou suivant la date de naissance de l'enfant.**
- Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 13.3 « Présence d'un proche au domicile » et 13.3 « Séjour à l'hôtel d'un proche ».

## 13.6. Pendant les six premiers mois suivant la naissance

### 13.6.1. Information pratique

Information destinée à répondre à toute question de nature pratique, notamment dans les domaines suivants :

- les modes de garde ;
- le congé parental ;
- les démarches administratives ;
- la déclaration de la naissance ;
- les incidences fiscales de l'arrivée du nouveau-né.

### 13.6.2. Auxiliaire de puériculture

Si le nouveau-né est hospitalisé pour une période supérieure à 5 jours, Filassistance organise et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, l'intervention d'une auxiliaire de puériculture au domicile à concurrence de 8 heures maximum par événement afin d'aider le bénéficiaire dans la réalisation des soins à dispenser au nouveau-né.

Cette garantie est accordée une fois pendant les 6 mois qui suivent la naissance.

### 13.6.3. Assistance psychologique

En cas de difficulté (baby blues, relation parent-enfant, difficultés d'organisation, etc.), Filassistance met en relation le bénéficiaire avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée (3 entretiens téléphoniques maximum par événement) et / ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Les frais de consultations des professionnels assurant la prise en charge psychologique sont à la charge de la famille du bénéficiaire.

### 13.6.4. Aide à domicile

Si le nouveau-né est hospitalisé pour une période supérieure à 5 jours et nécessite la présence du bénéficiaire à son chevet, Filassistance met à sa disposition, une aide à domicile exerçant dans sa zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

Filassistance prend en charge la rémunération de l'aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat médical devra être adressé à Filassistance **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de Filassistance ;
  - **la durée de mise en œuvre de cette garantie et le nombre d'heures allouées sont déterminés en fonction de l'état de santé et / ou de la situation de famille du bénéficiaire, par le service médical de Filassistance. Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 20 heures par événement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant la date de début d'hospitalisation de l'enfant.**
- Cette garantie est accordée une fois pendant les 6 mois qui suivent la naissance et n'est pas cumulable avec la garantie 13.6.6 « Présence d'un proche au domicile ».

### 13.6.5. Garde des enfants âgés de moins de 16 ans

La présente garantie n'est accordée qu'en complément de la garantie 5.2 et sous réserve que :

- l'une des prestations prévues à l'article 5.2 ait été prise en charge et son plafond ait été atteint ;
- l'hospitalisation du nouveau-né soit supérieure à 5 jours.

Si le nouveau-né est hospitalisé pour une période supérieure à 5 jours et nécessite la présence du bénéficiaire à son chevet, et que personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** du bénéficiaire, restés seuls au domicile sans surveillance d'un adulte, Filassistance organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par le bénéficiaire :

- la garde à domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par Filassistance selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour maximum pendant 2 jours dans la limite de 150 euros TTC par événement** ;
  - **ou** le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la zone de résidence du bénéficiaire, en mettant à leur disposition **un titre de transport** ;
  - **ou** la venue d'un proche, habitant dans la zone de résidence du bénéficiaire, en mettant à sa disposition **un titre de transport** ;
  - **ou** l'accompagnement des enfants à l'école **dans la limite de 10 allers / retours à concurrence de 500 euros TTC maximum par événement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile du bénéficiaire.**
- Cette garantie est accordée une fois pendant les 6 mois qui suivent la naissance et n'est pas cumulable avec la garantie 13.6.6 « Présence d'un proche au domicile ».

### 13.6.6. Présence d'un proche au domicile

Si le nouveau-né est hospitalisé pour une période supérieure à 5 jours et nécessite la présence du bénéficiaire à son chevet et si l'entourage de ces derniers ne peut leur apporter l'aide nécessaire, Filassistance met à la disposition d'un proche habitant dans la zone de résidence du bénéficiaire, **un titre de transport, pour qu'il se rende au domicile du bénéficiaire.**

Cette garantie n'est pas cumulable avec les garanties 13.6.4 « Aide à domicile » et 13.6.5 « Garde des enfants âgés de moins de 16 ans ».

Cette garantie est accordée une fois pendant les 6 mois qui suivent la naissance.

## 14. Prestations accessibles en cas de projet de procréation médicalement assistée

### 14.1. Information médicale et pratique

Information destinée à répondre à toute question de nature pratique, notamment dans les domaines suivants :

- les démarches à accomplir pour une assistance à la procréation médicalement assistée ;
- les techniques ;
- l'orientation dans le système de soins ;
- la terminologie médicale.

## 14.2. Accompagnement psychologique

En cas de difficultés (phase de découragement, stress, gérer l'espoir, gérer ses problèmes de fertilité, préparer l'arrivée de l'enfant, relation parent-enfant des premiers mois, etc.) dans le cadre de son projet, Filassistance met en relation le bénéficiaire avec sa plate-forme d'écoute médicospsycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée (**3 entretiens téléphoniques maximum par événement**) et / ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

**Les frais de consultations sont à la charge de la famille du bénéficiaire.**

## 14.3. Accompagnement médico-social

L'équipe médico-sociale de Filassistance est à l'écoute du bénéficiaire pour bâtir un projet de procréation médicalement assistée, réaliser un bilan de sa situation individuelle et l'informer sur les aides dont il peut bénéficier, préparer ses rendez-vous médicaux. Celle-ci peut également l'assister, s'il le souhaite, dans ses démarches auprès des organismes appropriés.

## 15. Prestations accessibles en cas de projet d'adoption

### 15.1. Information médicale et pratique

Information destinée à répondre à toute question de nature pratique, notamment dans les domaines suivants :

- les démarches à accomplir pour une adoption ;
- la législation ;
- les agréments ;
- l'adoption internationale.

### 15.2. Accompagnement psychologique

En cas de difficultés (phase de découragement, stress, gérer l'espoir, gérer ses problèmes de fertilité, préparer l'arrivée de l'enfant, relation parent-enfant des premiers mois, etc.) dans le cadre de son projet, Filassistance met en relation le bénéficiaire avec sa plate-forme d'écoute médicospsycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée (**3 entretiens téléphoniques maximum par événement**) et / ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

**Les frais de consultations sont à la charge de la famille du bénéficiaire.**

## 16. Maintien dans l'activité professionnelle

### 16.1. Pour l'entreprise

#### 16.1.1. Coaching

Filassistance prend en charge une séance de coaching par téléphone, **dans la limite de 250 euros TTC par événement**, avec un prestataire spécialisé afin de préparer le manager ou un correspondant RH au retour d'un collaborateur ayant été en arrêt maladie **pour une durée supérieure à 6 mois**. Cette **garantie ne peut être mise en œuvre qu'une fois par année civile**.

### 16.2. Pour les salariés

#### 16.2.1. Lors d'un arrêt de travail en longue maladie du salarié et à son retour en poste

##### 16.2.1.1. Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Filassistance le met en relation avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et / ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

**Cette garantie est limitée à 3 entretiens téléphoniques par événement.**

#### 16.2.2. Lors d'un événement traumatisant ou de situation de crise

##### 16.2.2.1. Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Filassistance le met en relation avec sa plate-forme d'écoute médicospsycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et / ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

**Cette garantie est limitée à 3 entretiens téléphoniques par événement.**

#### 16.2.3. Prévention burn out

Filassistance organise et prend en charge une évaluation de la situation de stress au travail.

Un premier échange téléphonique approfondi, réalisé par les psychologues de Filassistance permettra de poser un diagnostic.

Selon les résultats obtenus, le salarié sera invité à consulter un spécialiste pour une prise en charge préventive ou curative.

Les frais de consultation du spécialiste restent à la charge du salarié. Si le salarié le souhaite, il pourra être accompagné dans cette démarche par les psychologues de Filassistance au travers d'entretiens téléphoniques d'accompagnement.

**Cette garantie est limitée à 3 entretiens téléphoniques par année civile.**

### 16.3. Poursuite de l'activité professionnelle

#### 16.3.1. En cas d'arrêt de travail supérieur à 5 jours du salarié en charge de la garde des enfants de l'adhérent ou de son conjoint

##### 16.3.1.1. Garde des enfants âgés de moins de 12 ans

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 12 ans** de l'adhérent ou son conjoint, restés seuls au domicile sans surveillance d'un adulte, Filassistance organise et prend en charge leur garde à domicile.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un justificatif de l'arrêt de travail du salarié en charge de la garde des enfants devra être adressé à Filassistance (**sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de Filassistance s'il s'agit d'un document à caractère médical).

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par Filassistance selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour maximum pendant 2 jours consécutifs par événement**.

**Cette garantie est limitée à 2 fois par année civile.**

#### 16.3.2. En cas de grève dans l'établissement scolaire de l'enfant de l'adhérent ou de son conjoint

##### 16.3.2.1. Garde des enfants âgés de moins de 12 ans

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 12 ans, scolarisés en école maternelle ou primaire jusqu'au CM2** de l'adhérent ou son conjoint, restés seuls au domicile sans surveillance d'un adulte, Filassistance organise et prend en charge leur garde à domicile.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par Filassistance selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures sur 1 journée par événement**.

**Cette garantie est limitée à 2 fois par année civile.**

**Un délai de 48 heures ouvrables est nécessaire pour l'organisation et mise en œuvre de la garantie.**

## 17. Prestations accessibles en cas de décès d'un bénéficiaire

### 17.1. Assistance information obsèques

Filassistance met à disposition de la famille du bénéficiaire, un service d'informations pour toute question relative aux démarches et formalités administratives, informations pratiques (notamment coût et disponibilité des concessions dans les cimetières, les modes de sépultures, le don d'organe et de corps, etc.) ainsi que toute demande d'information portant sur les règles de droit françaises relatives aux successions.

### 17.2. Aide à la recherche d'un opérateur funéraire

Sur simple appel téléphonique, Filassistance aide la famille du bénéficiaire dans la recherche d'un opérateur funéraire et le met en relation avec ce dernier pour l'organisation des obsèques.

**Les frais engagés sont à la charge de la famille du bénéficiaire.**

### 17.3. Aide à l'organisation des obsèques

Filassistance aide la famille du bénéficiaire à organiser les obsèques de ce dernier (en accord avec les organismes de pompes funèbres).

**Les frais engagés sont à la charge de la famille du bénéficiaire.**

### 17.4. Avance de fonds

Si les proches du bénéficiaire ne peuvent pas régler les frais d'inhumation du bénéficiaire défunt, Filassistance peut accorder une avance **dans la limite de 1 000 euros** aux proches du bénéficiaire défunt contre remise d'un chèque certifié ou de banque.

**Cette avance est remboursable dans un délai de 30 jours à compter de la date de remise par Filassistance de ladite avance.**

**L'avance est versée par Filassistance et remboursée par le bénéficiaire conformément au paragraphe B.2.6.**

### 17.5. Présence d'un proche

Filassistance organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la même zone de résidence que celle de l'adhérent, en mettant à sa disposition **un titre de transport** afin de se rendre aux obsèques du bénéficiaire en France.

**Filassistance prend également en charge l'hébergement du proche sur place pendant 2 nuits maximum (petit déjeuner compris) dans la limite de 70 euros TTC par nuit.**

### 17.6. Accompagnement psychologique

Filassistance met en relation la famille du bénéficiaire avec sa plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée (**3 entretiens téléphoniques maximum par événement**) et / ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

**Les frais de consultations des professionnels assurant la prise en charge psychologique sont à la charge de la famille du bénéficiaire.**

### 17.7. Aide à domicile

Filassistance met à disposition de la famille du bénéficiaire une aide à domicile exerçant dans sa zone de résidence, afin de la soulager dans ses tâches ménagères.

Filassistance prend en charge la rémunération de l'aide à domicile, dans les conditions ci-dessous :

- avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat de décès devra être adressé à Filassistance **sous pli confidentiel** à l'attention du médecin régulateur de Filassistance ;
- **durée de mise en œuvre de cette garantie et le nombre d'heures allouées sont déterminés en fonction de la situation de famille du bénéficiaire, par le service médical de Filassistance.**

**Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 20 heures par événement réparties sur les 15 jours ouvrés consécutifs qui suivent le décès.**

### 17.8. Garde des enfants et petits-enfants âgés de moins de 16 ans

Si personne ne peut s'occuper des **enfants ou petits-enfants âgés de moins de 16 ans** du bénéficiaire décédé, restés seuls au domicile sans surveillance d'un adulte, Filassistance organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par la famille du bénéficiaire :

- La garde à domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par Filassistance selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour maximum pendant 2 jours par événement ;**
- **ou le transfert accompagné des enfants, chez un proche habitant dans la zone de résidence du bénéficiaire, en mettant à leur disposition un titre de transport**

- **ou la venue d'un proche, habitant dans la zone de résidence du bénéficiaire, en mettant à sa disposition un titre de transport ;**
- **ou l'accompagnement des enfants à l'école dans la limite de 10 allers / retours à concurrence de 500 euros TC maximum par événement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile du bénéficiaire.**

### 17.9. Garde ou transfert des ascendants

Si personne ne peut s'occuper des ascendants du bénéficiaire décédé vivant habituellement au domicile et restés seuls, Filassistance organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par la famille du bénéficiaire :

- la garde à domicile : le nombre d'heures de garde attribué est évalué par Filassistance selon la situation et **ne pourra dépasser 10 heures par jour maximum pendant 2 jours par événement ;**
- **ou le transfert de ces personnes, chez un proche habitant dans la zone de résidence du bénéficiaire en mettant à leur disposition un titre de transport ;**
- **ou la venue d'un proche, habitant dans la zone de résidence du bénéficiaire, en mettant à sa disposition un titre de transport.**

### 17.10. Accompagnement psychologique des enfants

Filassistance met les enfants du bénéficiaire décédé en relation avec la plateforme d'écoute médico-sociale composée de chargé d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et / ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique afin d'étudier les besoins de suivi psychologiques des enfants face au décès du parent.

**Une autorisation écrite des parents (ou du tuteur légal) titulaires de l'autorité parentale de l'enfant mineur est requise avant la réalisation de la consultation téléphonique avec un psychologue. L'obtention de l'autorisation est à la charge de Filassistance qui s'y oblige.**

### 17.11. Aide à la vente d'un bien immobilier

Si les biens immobiliers du bénéficiaire décédé doivent être mis en vente, Filassistance organise la mise en relation de la famille du bénéficiaire avec des agences immobilières locales et des notaires.

**Les frais engagés sont à la charge de la famille du bénéficiaire.**

### 17.12. Accompagnement médico-social

Filassistance met les proches du bénéficiaire décédé en relation avec l'équipe médico-sociale de Filassistance qui réalisera un bilan de situation du foyer et pourra ensuite les orienter et les assister dans les démarches auprès des organismes concernés.

Filassistance aide les proches du bénéficiaire décédé dans les démarches administratives et met à disposition des courriers type nécessaires aux organismes et administrations et communique, le cas échéant, les coordonnées de ces derniers pour les informer du décès et prendre les mesures adéquates auprès :

- des employeurs ;
- des établissements bancaires ;
- des compagnies d'électricité ;
- de la compagnie des eaux ;
- des opérateurs de téléphonie ;
- des assureurs ;
- des mutuelles ;
- des caisses de retraite principales et complémentaires ;
- du centre des impôts ;
- de la Sécurité sociale.

### 17.13. Bilan de situation professionnelle et aide à la recherche d'emploi

Filassistance organise un bilan de situation professionnelle pour le conjoint du bénéficiaire décédé **dans les 3 mois qui suivent le décès.**

Filassistance accompagne le conjoint du bénéficiaire décédé dans la rédaction de CV, de lettres de motivation, aide à la préparation des entretiens d'embauche et vérifie l'adéquation entre le cursus et le poste recherché.

### 17.14. *Accompagnement budgétaire et social*

Le conjoint du bénéficiaire décédé peut contacter Filassistance pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de Filassistance ;
- une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie du conjoint ;
- une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé.

## 18. Assistance au quotidien

L'assistance au quotidien peut être sollicitée par tout bénéficiaire qui, à la suite de la survenance d'un événement, a bénéficié d'une prestation d'assistance mentionnée aux 1 au 17 qui a pris fin et dont il souhaite la prolongation ou qui n'a pas pu bénéficier de la prestation car sa demande relevait d'un cas d'exclusion.

Selon le cas, le bénéficiaire peut demander la prolongation ou la mise en œuvre, à ses frais exclusifs, des prestations d'assistance au quotidien énumérées ci-dessous.

Filassistance sélectionne parmi ses partenaires, plusieurs prestataires et les propose au bénéficiaire qui effectue le choix final. Filassistance organise alors la mise en place de la prestation au nom et pour le compte du bénéficiaire.

### 18.1. *Femme de ménage, aide ménagère*

Dans le cadre de ce service, l'organisme exécute les tâches suivantes : entretien de l'intérieur de la maison, nettoyage et repassage du linge, rangement, aide aux tâches ménagères.

### 18.2. *Collecte et livraison à domicile de linge repassé*

Dans le cadre de ce service, l'organisme :

- collecte le linge au domicile du bénéficiaire ;
- l'apporte à l'entreprise préalablement désignée par le bénéficiaire et chargée du repassage ;
- et livre le linge repassé au domicile du bénéficiaire.

### 18.3. *Livraison de repas à domicile*

Ce service comprend la livraison à domicile de repas variés et équilibrés, correspondant au régime éventuel suivi par le bénéficiaire (sans sucre, sans sel, sans graisse, etc.).

### 18.4. *Préparation de repas à domicile*

Un intervenant à domicile peut proposer au bénéficiaire un menu différent chaque jour, faire les courses pour réunir les ingrédients nécessaires, cuisiner le repas et remettre la cuisine en ordre après le repas (vaisselle et rangement).

### 18.5. *Assistance informatique et Internet : initiation et formation*

Ce service englobe l'initiation ou la formation au fonctionnement du matériel informatique (micro-ordinateur personnel ainsi que les accessoires et périphériques faisant partie de son environnement immédiat) et aux logiciels non professionnels en vue de permettre leur utilisation courante ainsi que, le cas échéant, tout ou partie des prestations suivantes :

- livraison au domicile de matériels informatiques ;
- installation et mise en service au domicile de matériels et logiciels informatiques ;
- maintenance logicielle au domicile de matériels informatiques.

### 18.6. *Livraison de courses à domicile*

Sur la base d'une liste de courses établie par le bénéficiaire, l'organisme effectue les achats et livre les produits demandés à la maison. Il peut donc s'agir de médicaments, de livres, de journaux, de produits alimentaires ou de première nécessité.

Les achats effectués sont à la charge du bénéficiaire.

### 18.7. *Petits travaux de jardinage y compris les travaux de débroussaillage*

Dans le cadre de ce service, les travaux d'entretien courant du jardin du bénéficiaire pourront être fournis :

- la tonte de la pelouse, l'arrosage des plantes ;
- la taille des haies et des arbres ;
- le débroussaillage ;
- la prestation d'enlèvement des déchets occasionnés par la prestation de petit jardinage ;
- le déneigement des abords immédiats du domicile.

### 18.8. *Petit bricolage*

Ce service comprend la réalisation des prestations élémentaires (**durée d'intervention ne dépassant pas deux heures**) et occasionnelles suivantes : fixer une étagère, accrocher un cadre, poser des rideaux, remplacer des joints, poser un lustre, changer une ampoule, etc.

Ce service ne comprend pas :

- les activités de construction, d'entretien, de réparation des bâtiments correspondant aux métiers de gros œuvre, de second œuvre et de finition du bâtiment ;
- la mise en place, l'entretien et la réparation des réseaux utilisant des fluides ou des matériels et équipements destinés à l'alimentation en gaz, au chauffage des immeubles et aux installations électriques.

### 18.9. *Cours à domicile*

Ce service comprend les cours à domicile dispensés de manière individuelle à tout public : enfant, adulte étudiant ou non. En outre, les disciplines enseignées ne se limitent pas aux programmes d'enseignement scolaire. Ces prestations sont fournies par des professionnels de la formation, ou des personnes pouvant se prévaloir d'une compétence confirmée et incontestable.

Ce service ne comprend pas les activités de conseil et d'accompagnement, telles que le « coaching » ou par exemple, l'assistance à l'utilisation de matériels audio ou vidéo numériques.

### 18.10. *Assistance administrative*

Ce service d'assistance administrative à domicile couvre toutes les tâches d'appui et d'aide à la rédaction des correspondances, à la compréhension et à la facilitation des contacts et des relations avec des interlocuteurs institutionnels (fournisseurs d'énergie, fournisseurs réseaux téléphonique et Internet, banques, assureurs, administrations publiques notamment).

Ce service ne saurait aboutir à conférer à l'organisme un mandat, une substitution d'action ou de responsabilité.

### 18.11. *Surveillance temporaire au domicile, de la résidence principale et secondaire*

Cette activité consiste à assurer, au domicile et pendant l'absence de son occupant habituel, les prestations suivantes :

- l'ouverture et la fermeture des volets ;
- l'arrosage et l'entretien des plantes ;
- la relève du courrier ;
- les travaux ménagers à l'intérieur du domicile ;
- toute autre prestation de cette nature.

Ce service ne comprend pas les activités privées de sécurité réglementées par la loi n° 83-629 du 12 juillet 1983 modifiée : la surveillance humaine ou la surveillance par des systèmes électroniques de sécurité ou le gardiennage de biens meubles ou immeubles, ainsi que la sécurité des personnes se trouvant dans ces immeubles (prestations de rondes ou de télésurveillance autour du domicile).

### 18.12. *Garde d'enfant à domicile*

Ce service comprend :

- la garde d'enfants au domicile des parents (baby-sitting par exemple) ;
- la garde d'enfants de deux voire trois familles alternativement au domicile de l'une et de l'autre (forme de mutualisation qui facilite l'accès à ce mode de garde pour les familles qui n'ont qu'un enfant à faire garder) ;
- l'accompagnement des enfants lors des trajets domicile / école ou crèche, en particulier dans les transports publics.

À l'occasion de la garde au domicile, l'intervenant fait la toilette de l'enfant et le change, lui prépare et lui donne les repas et les goûters, organise et participe à ses activités, l'accompagne à l'école, le récupère à la sortie de l'école et le raccompagne au domicile du bénéficiaire.

### 18.13. Soutien scolaire ou cours à domicile

#### 18.13.1. Soutien scolaire

La prestation de soutien scolaire est fournie **exclusivement au domicile** du bénéficiaire de la prestation, **par un intervenant physiquement présent**. Les cours dispensés dans le cadre du soutien scolaire doivent par ailleurs être en lien avec les programmes d'enseignement scolaire :

- accompagnement scolaire ;
- approfondissement ;
- préparation à un examen ;
- révision des leçons déjà vues en classe ;
- explication des points difficiles ;
- aide à l'acquisition d'une bonne méthodologie de travail.

**Ce service ne comprend pas : les activités de soutien scolaire à distance, par Internet ou sur un support électronique.**

#### 18.13.2. Cours à domicile

Ce service comprend les cours à domicile dispensés de manière individuelle à l'enfant du bénéficiaire.

En outre, les disciplines enseignées ne se limitent pas aux programmes d'enseignement scolaire.

Ces prestations sont fournies par des professionnels de la formation, ou des personnes pouvant se prévaloir d'une compétence confirmée et incontestable.

**Ce service ne comprend pas les activités de conseil et d'accompagnement, telles que le « coaching » ou par exemple, l'assistance à l'utilisation de matériels audio ou vidéo numériques.**

### 18.14. Accompagnement des enfants dans leurs déplacements en dehors de leur domicile

Ce service comprend pour l'essentiel l'accompagnement des enfants bénéficiaires dans les transports.

**Ce service ne recouvre pas l'activité de transports scolaires.**

### 18.15. Assistance aux personnes âgées ou dépendantes ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile

Peuvent bénéficier de ces prestations :

- les personnes âgées de 60 ans et plus ;
- les personnes dépendantes ;
- les personnes rencontrant une difficulté temporaire ou permanente de nature à mettre en péril l'autonomie et l'équilibre de la famille et son maintien dans l'environnement social.

L'organisme accompagne et assiste les bénéficiaires :

- **dans leurs actes essentiels de la vie quotidienne** : ce service comprend l'aide à la mobilité et aux déplacements, à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation, aux fonctions d'élimination, garde-malade, etc. Dans ce cadre, peuvent être notamment intégrées les prestations de vigilance, visites physiques de convivialité. Cette prestation est effectuée en lien avec l'entourage et / ou les services compétents ;
- **dans leurs activités de la vie sociale et relationnelle** : ce service comprend l'aide à l'accompagnement dans les activités domestiques, de loisirs et de la vie sociale, soutien des relations sociales, etc., à domicile ou à partir du domicile, et notamment les prestations d'animation culturelles et artistiques pour des personnes gravement malades ou en fin de vie maintenues au domicile ;
- **à l'occasion des activités intellectuelles, sensorielles et motrices** : ce service comprend notamment les activités comprenant des interventions au domicile des bénéficiaires en perte d'autonomie, afin de les aider à adapter leurs gestes et modes de vie à leurs capacités d'autonomie dans leur environnement domestique, tout en permettant, dans le même temps, d'optimiser l'accompagnement des aidants eux-mêmes.

**Ce service ne comprend pas les soins relevant d'actes médicaux.**

### 18.16. Assistance aux personnes handicapées

Les activités d'assistance aux personnes handicapées comprennent :

- les prestations détaillées au paragraphe précédent ;
- les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété.

### 18.17. Garde malade de personnes âgées, dépendantes ou handicapées

Le garde malade assure une présence de jour ou de nuit auprès de personnes malades, en assurant leur confort physique et moral, **à l'exclusion des soins**. Il peut toutefois aider à la prise de médicaments sur la base d'une ordonnance et si la prescription médicale ne fait pas référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux.

Le garde malade de nuit est à proximité du malade et doit pouvoir intervenir à tout moment.

### 18.18. Aide à la mobilité et transports de personnes âgées, dépendantes ou handicapées ayant des difficultés de déplacement

L'aide à la mobilité et le transport de la personne sont étroitement associés dans cette activité, ce qui différencie cette dernière d'une simple prestation de transport de personnes.

L'organisme accompagne le bénéficiaire lors de déplacements effectués à partir du domicile du bénéficiaire ou vers celui-ci.

### 18.19. Conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur les lieux de vacances, pour les démarches administratives

Ce service suppose que le bénéficiaire soit une personne dépendante dans l'impossibilité de conduire son véhicule personnel temporairement ou définitivement.

L'organisme conduit le véhicule du bénéficiaire notamment pour effectuer les trajets suivants :

- du domicile au lieu de travail et vice versa ;
- du domicile au lieu de vacances ;
- lors des démarches administratives.

### 18.20. Accompagnement des personnes âgées ou handicapées dans leurs déplacements en dehors de leur domicile

Ce service comprend pour l'essentiel l'accompagnement des bénéficiaires âgés (+ de 60 ans) ou handicapés dans les transports, ainsi que l'accompagnement (au bras) à l'occasion de promenades ou dans les actes de la vie courante.

Le recours à des activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété dans l'environnement extérieur et pour les actes de la vie quotidienne est admis dans le cadre de cette activité.

### 18.21. Soins et promenades des animaux de compagnie, pour les personnes dépendantes

**Les animaux d'élevage sont exclus**, cette activité ne concernant que les animaux de compagnie des personnes dépendantes.

Par soins, il faut entendre les activités de préparation et mise à disposition de nourriture pour les animaux, changement de litière, accompagnement chez le vétérinaire.

### 18.22. Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes

Ce service consiste à dispenser au bénéficiaire les soins d'hygiène et de mise en beauté :

- soins esthétiques ;

- maquillage ;
- lavage, séchage et coiffage des cheveux, à l'exclusion des prestations de coiffure ;
- mettre en beauté les mains et les pieds.

**Cette prestation est exclusivement réservée aux bénéficiaires dépendants.**

## 19. Accompagnement en cas de dépendance d'un proche parent : « l'aide aux aidants »

**Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre au profit de l'adhérent ou de son conjoint, s'ils deviennent, postérieurement à l'adhésion, aidant d'un proche parent en état de dépendance.**

**Filassistance pourra demander à l'adhérent ou à son conjoint de communiquer tout justificatif utile établissant le niveau de dépendance du proche parent (attestation d'allocation perte d'autonomie, attestation émanant d'un organisme social ou fiscal par exemple).**

### 19.1. Service de renseignement sur la dépendance

Filassistance communique à l'aidant toutes les informations nécessaires dans le cadre de la survenance de la dépendance d'un proche parent, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, Filassistance met en contact la famille de l'aidant avec les organismes concernés.

### 19.2. Bilan prévention dépendance

À la demande de l'aidant, l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, etc., réalise un « bilan prévention autonomie ».

Le bilan prévention autonomie de Filassistance aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (notamment l'isolement social, l'entretien du domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillage) et est à la disposition de l'aidant afin de favoriser le maintien à domicile de son proche parent aidé et préserver sa qualité de vie.

L'équipe de Filassistance délivre des conseils et des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'aidant (ou accompagner ses proches) dans les démarches de maintien à domicile.

En fonction des besoins recensés par notre équipe et à sa demande, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) pourra réaliser un diagnostic plus complet par téléphone sur l'aménagement de son habitat et de son environnement et proposer ainsi des solutions de prévention (pour éviter les hospitalisations ou les rechutes, rééducation, réadaptation afin d'améliorer l'indépendance, etc.) en synergie avec l'équipe de Filassistance et de différents intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du domicile, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules, etc.).

**Les éventuels frais engagés sont à la charge l'aidant ou à celle de son proche parent aidé.**

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

De plus, lors de ses entretiens téléphoniques, l'équipe de Filassistance aide l'aidant ainsi que son proche parent aidé à constituer un dossier perte d'autonomie / dépendance, à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière.

Selon la situation de l'aidant, l'équipe de Filassistance le conseille ainsi que son proche parent aidé, sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, etc.), l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.

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

### 19.3. Bilan prévention mémoire

L'équipe pluridisciplinaire de Filassistance réalise une évaluation médicopsycho-sociale de l'aidant. En cas de plainte mnésique objectivée, l'aidant est orienté vers une filière de prise en charge (évaluation spécialisée des fonctions cognitives, orientation vers les structures proposant une stimulation cognitive, écoute, information, accompagnement).

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

En cas de vieillissement normal des fonctions cognitives, Filassistance lui délivrera un programme d'entraînement et d'accompagnement personnalisé.

### 19.4. Service soutien de la mémoire

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

- **s'approprier le « pourquoi dois-je entretenir ma mémoire et comment le faire ? » ;**

- **stimuler ses fonctions intellectuelles** et lui permettre d'acquérir des stratégies de mémorisation afin de les utiliser dans la vie quotidienne ;

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

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

### 19.5. Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence

L'équipe pluridisciplinaire de Filassistance composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, est à la disposition de l'aidant pour l'écouter, l'informer sur ce qu'est l'incontinence, ses principales formes, les traitements possibles ainsi que sur les prises en charges publiques. Elle délivre également des conseils et des informations (éventuellement sous forme de fiches pratiques sur des sujets tels que l'incontinence urinaire, les symptômes, l'échographie vésicale...) pour accompagner l'aidant dans ses démarches.

Si nécessaire, l'équipe médico-psycho-sociale de Filassistance pourra orienter le proche parent aidé vers son médecin traitant afin que soit réalisé un examen complet par des professionnels compétents.

Filassistance pourra également indiquer à l'aidant les coordonnées de médecins spécialistes, de professionnels de santé (kinésithérapeutes, stomathérapeutes...), d'établissements hospitaliers ou associations les plus proches de son domicile.

### 19.6. Aide à la constitution de dossier

L'équipe pluridisciplinaire de Filassistance aide l'aidant dans la constitution du dossier lié à la dépendance de son proche parent (pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée, etc.).

### 19.7. Recherche d'établissements spécialisés

Filassistance recherche et indique à l'aidant les établissements spécialisés qui peuvent recevoir son proche parent aidé de façon permanente.

Si l'aidant le souhaite, Filassistance réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile de son proche parent aidé ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.**

**Le coût du lit est à la charge de l'aidant ou de son proche parent aidé.**

### 19.8. Recherche d'établissements temporaires

Filassistance recherche et indique à l'aidant les établissements spécialisés qui peuvent recevoir son proche parent aidé de façon temporaire.

Si le proche parent aidé le souhaite, Filassistance réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile de l'aidé ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.**

**Le coût du lit est à la charge de l'aidant ou de son proche parent aidé.**

### 19.9. Assistance déménagement

Filassistance organise le déménagement du proche parent aidé si son changement de domicile est indispensable, ou s'il doit être hébergé dans un établissement spécialisé.

**Le coût du déménagement (transport et main-d'œuvre) est à la charge de l'aidant ou de son proche parent aidé qui le règlera directement au prestataire retenu.**

**Le choix final du prestataire est du ressort exclusif du proche parent aidé. En aucun cas Filassistance ne pourra être tenue responsable d'une exécution défectueuse de ce prestataire.**

### 19.10. Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Filassistance met en relation l'aidant avec sa plate-forme d'écoute médicosycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et / ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

### 19.11. Services d'assistance à la carte

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

- livraison de repas, de courses, de médicaments ;
- télé-sécurité, garde du domicile (vigile) ;
- garde des petits-enfants, des animaux de compagnie ;
- aide ménagère, accompagnateur dans les déplacements ;
- auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux ;
- coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service « blanchisserie » ;
- et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 kilomètres du domicile...);
- téléassistance.

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

### 19.12. Téléassistance

Filassistance met à la disposition du proche parent aidé, un appareil de téléassistance qui sécurise son maintien à domicile.

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

24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, le proche parent aidé peut bénéficier d'une écoute par les équipes d'assistance qui, si nécessaire, feront appel aux structures d'urgence pour lui porter secours sans prendre en charge les frais liés aux interventions.

**Filassistance prend en charge les frais d'installation pour tout abonnement supérieur à 12 mois. Les frais d'abonnement sont à la charge du proche parent aidé.**

Si le domicile du proche parent aidé est situé :

- en France métropolitaine, Filassistance **organise et prend en charge** les frais d'installation du service de téléassistance **sous réserve de la remise d'un RIB** à Filassistance ;
- dans un DROM, dans la principauté de Monaco ou d'Andorre, Filassistance rembourse les frais d'installation du service de téléassistance **sous réserve de la réception des factures justifiant des frais engagés.**

### 19.13. Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement

Sur demande de l'aidant, Filassistance :

- recherche des entreprises pour faire établir des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement du proche parent aidé et met en relation l'aidant avec ces entreprises s'il le souhaite ;

- donne des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, l'adaptateur sur véhicules, sur les associations.

**Les travaux effectués (pièces et main d'œuvre) sont à la charge de l'aidant ou du proche parent aidé qui les règlera directement au(x) prestataire(s) retenu(s).**

**Le choix final du prestataire est du ressort exclusif de l'aidant ou de son proche parent aidé.**

**Filassistance ne peut être tenue responsable d'une exécution défectueuse de ce prestataire.**

### 19.14. Présence d'un proche au chevet de l'aidé ou garde malade

En cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours de l'aidant :

- **soit** Filassistance met à la disposition d'un proche, résidant dans la même Zone de résidence de l'aidant, **un titre de transport** afin que ce dernier se rende au domicile du proche parent aidé. Filassistance **rembourse également les frais d'hôtel à concurrence de 100 euros TTC maximum par nuit dans la limite de 200 euros TTC par événement. Les frais de nourriture et annexes sont exclus ;**
- **soit** Filassistance recherche et prend en charge une garde malade **dans la limite de 10 heures maximum par événement réparties pendant les 5 jours consécutifs qui suivent le retour au domicile.**

**Les prestations « Présence d'un proche au chevet » et « Garde malade » sont mises en place pendant l'hospitalisation de l'aidant et lorsque le proche parent aidé se retrouve seul à son domicile.**

## II. Assistance en cas de voyage et de déplacement en France ou à l'étranger

**Sauf stipulation contraire**, les garanties d'assistance voyage et déplacement s'appliquent en cas d'accident, de maladie ou de décès du bénéficiaire survenu lors d'un **déplacement à titre privé ou professionnel à plus de 50 kilomètres du domicile et pour tout séjour d'une durée inférieur à 90 jours consécutifs dans un même pays, s'il s'agit d'un déplacement à l'étranger.**

## 20. Rapatriement ou transport sanitaire du bénéficiaire malade ou blessé

Lorsque les médecins de Filassistance, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicale établie, décident du rapatriement et en déterminent les moyens :

- ambulance ;
- train ;
- avion de ligne ;
- avion sanitaire ;
- ou tout autre moyen approprié.

**Filassistance organise le retour du bénéficiaire à son domicile ou dans un hôpital adapté proche de son domicile et prend en charge le coût de ce transport.**

**Les choix concernant les modalités de cette assistance médicale relèvent en tout état de cause de l'appréciation souveraine du médecin de Filassistance.**

En cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond **dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive**, Filassistance prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée, **à l'exception des frais de recherche, à concurrence de 153 euros TTC maximum.**

**Filassistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.**

## 21. Immobilisation à l'hôtel

Lorsque des soins ont été dispensés au bénéficiaire et qu'il n'est pas jugé transportable vers son domicile par les médecins de Filassistance et que son état médical ne nécessite pas une Hospitalisation, Filassistance organise et prend en charge **son hébergement pour 7 nuits maximum, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100 euros TTC maximum par nuit.**

## 22. Mise à disposition d'un billet pour accompagner le bénéficiaire lors de son rapatriement ou transport sanitaire

Pour permettre d'accompagner le bénéficiaire rapatrié ou transporté, Filassistance met à la disposition d'un accompagnant voyageant avec le bénéficiaire, **un titre de transport**.

## 23. Rapatriement des membres de la famille

Dans le cas où le rapatriement ou le transport du bénéficiaire, malade, blessé ou décédé, aura été décidé, son conjoint ainsi que ses descendants directs au premier degré voyageant avec lui, seront également rapatriés **s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus**.

## 24. Retour en cas de décès d'un proche parent

Si le bénéficiaire doit interrompre son déplacement afin d'assister aux obsèques en France, de son conjoint, d'un ascendant ou descendant au premier degré, d'un frère ou d'une sœur, Filassistance met à sa disposition **un titre de transport**, du lieu de séjour à celui de l'inhumation.

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres bénéficiaires voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, Filassistance met à la disposition du bénéficiaire **un titre de transport**, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré.

## 25. Retour en cas d'accident d'un proche parent

En cas d'accident du conjoint, des ascendants ou descendants au premier degré du bénéficiaire et s'il s'agit d'un événement imprévisible dont la gravité est confirmée par le médecin de Filassistance, après contact avec le médecin traitant le patient, Filassistance met à la disposition du bénéficiaire **un titre de transport afin qu'il rentre en France**.

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres bénéficiaires voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, Filassistance met à la disposition du bénéficiaire **un titre de transport**, afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré.

## 26. Présence auprès du bénéficiaire

Lorsque le bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé sur place pendant **plus de 10 jours** et qu'il est isolé de tout membre de sa famille, Filassistance met à la disposition d'un proche du bénéficiaire, **un titre de transport, pour qu'il se rende à son chevet**.

Filassistance organise et prend en charge également **l'hébergement du proche pour 10 nuits maximum, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100 euros TTC maximum par nuit dans la limite de 700 euros TTC par événement**.

## 27. Rapatriement du corps

Filassistance organise et prend en charge le transport du corps du bénéficiaire du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation, situé dans la zone de résidence du bénéficiaire.

Filassistance s'occupe de toutes les formalités à accomplir sur place, et prend en charge les frais (de manutention, de mise en bière, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de formalités) accessoires au transport du corps, ainsi que le coût d'un cercueil de modèle simple **à concurrence de 763 euros TTC maximum** indispensable à ce transport, **à l'exclusion des frais d'obsèques et d'inhumation**.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement

(Pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort de Filassistance, sous réserve du choix éventuellement exprimé par le bénéficiaire avant le décès. Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place, Filassistance met à la disposition d'un membre de la famille du bénéficiaire décédé, **un titre de transport pour assister aux obsèques du bénéficiaire**.

Dans ce cas Filassistance rembourse sur justificatifs originaux son hébergement sur place **à concurrence de 100 euros TTC maximum par nuit dans limite de 700 euros TTC par événement**.

## 28. Accompagnement des enfants âgés de moins de 15 ans

Si le bénéficiaire malade, blessé ou décédé voyageait seul, accompagné d'enfants **âgés de moins de 15 ans**, dont il n'est plus en mesure de s'occuper, Filassistance met à la disposition d'un proche résidant dans la zone de résidence du bénéficiaire, **un titre de transport**, pour qu'il se rende auprès des enfants.

En outre, Filassistance organise et prend en charge le retour au domicile de ses enfants et de la personne accompagnante, en mettant à leur disposition **un titre de transport**.

## 29. Rapatriement des animaux de compagnie

Lorsque Filassistance intervient **à l'étranger** pour transporter ou rapatrier le bénéficiaire **à la suite d'un accident ou d'une maladie**, les dispositions adéquates sont prises également pour rapatrier ou transporter des animaux de compagnie du bénéficiaire.

**L'hébergement des animaux de compagnie du bénéficiaire dans la zone de résidence du bénéficiaire est pris en charge dans la limite de 320 euros TTC maximum pour l'ensemble des animaux de compagnie et par événement**.

En cas de blessure, ils seront confiés au service vétérinaire le plus proche, puis ramenés au domicile du bénéficiaire par les moyens les plus appropriés.

**Les chiens de catégorie 2 doivent être accompagnés pendant la durée de leur transport, d'une personne les connaissant et capable de les maîtriser**. Filassistance met à disposition **un titre de transport** à cet effet.

**L'organisation des prestations d'assistance aux animaux de compagnie sera mise en œuvre par Filassistance, sous réserve que l'animal ne présente pas un comportement anormal ou agressif et à condition qu'il ait les vaccinations obligatoires**.

## 30. Impossibilité de conduire

En cas de rapatriement médical ou de rapatriement de corps suite au décès du bénéficiaire et si le véhicule est en état de fonctionnement conforme aux normes de sécurité d'usage, Filassistance **met à la disposition d'un proche désigné par le bénéficiaire** et habitant dans sa zone de résidence, **un titre de transport** pour lui permettre d'aller sur le lieu d'immobilisation du véhicule et de le ramener jusqu'au domicile du bénéficiaire.

## 31. Avance des frais médicaux à l'étranger

Si le bénéficiaire est hospitalisé à la suite d'une maladie ou à un accident, À la demande de ce dernier, Filassistance procède à l'avance des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation **sous réserve du respect par le bénéficiaire ou son entourage des dispositions contenues dans l'article B.2.6 « Avance de frais »**.

**Cette avance est limitée à 30 000 euros TTC par événement**.

En outre, cette avance n'est mise en œuvre que si le médecin de Filassistance estime, eu égard aux informations fournies par le médecin local, que l'état de santé du bénéficiaire ne permet pas son rapatriement au domicile.

## 32. Remboursement complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation à l'étranger

**Attention :** la carte européenne d'assurance maladie permet la prise en charge des dépenses de soins de santé imprévus et médicalement nécessaires (prestations en nature) lors d'un séjour temporaire dans un autre pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège. Cette carte individuelle est délivrée, sur demande de l'assuré social, par la Caisse primaire d'assurance maladie. La demande doit être formulée au moins 2 semaines avant le départ. Il est recommandé au bénéficiaire de procéder, avant son départ en voyage, à l'ensemble des démarches nécessaires en vue d'obtenir cette carte. Cette prestation concerne les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation engagés à l'étranger, par le bénéficiaire, à la suite d'un accident ou d'une maladie, revêtant un caractère imprévisible, engagés pendant la durée de validité de la présente notice et ne s'applique que pour les bénéficiaires affiliés à la sécurité sociale et / ou à un organisme de prévoyance ou d'assurance

Si le bénéficiaire est malade ou victime d'un accident, Filassistance rembourse en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale et, le cas échéant, des versements complémentaires effectués par la mutuelle et / ou de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance santé, le coût des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation que le bénéficiaire a effectivement engagés.

Le remboursement complémentaire de Filassistance est limité à 30 000 euros TTC par bénéficiaire et par événement sous déduction d'une franchise de 16 euros TTC par dossier appliquée sur le montant du remboursement demandé par le bénéficiaire.

Ce plafond est ramené à 153 euros TTC maximum pour les soins dentaires d'urgence sous déduction d'une franchise de 16 euros TTC par dossier appliquée sur le montant du remboursement demandé par le bénéficiaire.

**Ne donnent pas lieu à prise en charge :**

- les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation :
  - consécutifs à un accident ou une maladie constatée médicalement survenus avant l'adhésion au contrat ;
  - occasionnés par le traitement d'une maladie ou blessure déjà connue avant la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat, à moins d'une complication imprévisible ;
- les frais de prothèses : optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques, ou autres ;
- les frais de soins dentaires supérieurs à 153 euros TTC, sans application de la franchise absolue de 16 euros TTC ;
- les frais engagés en France ;
- les frais de cure thermale et de séjour en maison de repos et / ou de convalescence ;
- les frais de rééducation.

## 33. Envoi des médicaments introuvables sur place

Filassistance recherche et expédie, aux bénéficiaires en déplacement hors de l'Union européenne, par les moyens les plus rapides les médicaments nécessaires prescrits médicalement et introuvables sur place, sous réserve de conditions d'intervention possibles.

Le coût des médicaments reste dans tous les cas à la charge du bénéficiaire. Les médicaments et produits suivants sont exclus : contraceptifs, produits à usage diététique, produits de confort, produits cosmétologiques.

## 34. Transmission des messages

En cas de besoin, Filassistance se charge de transmettre les messages urgents du bénéficiaire à leurs proches.

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

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

**Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité du bénéficiaire.**

## 35. Assistance juridique à l'étranger

### 35.1. Honoraires d'avocat

En cas de poursuites judiciaires consécutives à une violation non intentionnelle par le bénéficiaire de la législation du pays étranger, Filassistance met un avocat à la disposition du bénéficiaire et lui règle directement ses honoraires à concurrence de 763 euros TTC maximum par événement.

### 35.2. Caution pénale

En cas de poursuites judiciaires consécutives à une violation non intentionnelle par le bénéficiaire de la législation du pays étranger, Filassistance fait au bénéficiaire, si besoin est, contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire, l'avance de la caution pénale exigée par les autorités locales pour éviter ou faire cesser l'incarcération, dans la limite de 7 623 euros TTC.

**Cette avance est remboursable dans un délai de trois mois à compter du jour du versement.**

Si la caution lui est restituée par les autorités locales avant l'expiration de ce délai, le bénéficiaire rembourse immédiatement l'avance reçue.

S'il est cité devant un tribunal et ne se présente pas ou ne se fait pas représenter, le remboursement de l'avance devient immédiatement exigible, car il est impossible d'obtenir la restitution de la caution si le prévenu fait défaut.

## III. Protection juridique

Cette garantie, conforme à la loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989, au décret n° 90-697 du 1<sup>er</sup> août 1990 et à la loi n° 2007-210 du 19 février 2007 est régie par le Code des assurances.

La gestion des prestations de protection juridique, telles que définies ci-après, est confiée par Filassistance au **GIE CIVIS** - 90, avenue de Flandre, 75019 Paris, immatriculé au RCS de Paris sous le n° 323 267 740.

Le bénéficiaire peut solliciter Filassistance au titre de la protection juridique santé en cas de litige l'opposant à un tiers, ayant pour cause directe et exclusive l'un des événements visés aux articles 1 et 2 ci-dessous.

Le **GIE CIVIS** assurera au profit du bénéficiaire le traitement du dossier et conseillera, voire, accompagnera le bénéficiaire dans ses démarches tendant à la recherche d'un règlement amiable voire contentieux du Litige.

Filassistance et le **GIE CIVIS** s'engagent à traiter le dossier dans le respect des procédures relatives au secret professionnel.

## 1. Litiges

### 1.1. Litiges médicaux

Filassistance intervient en cas de Litige opposant le bénéficiaire à un professionnel de santé ou un établissement de santé (privé ou public), consécutif à :

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

## 1.2. Litiges opposant le bénéficiaire à un organisme de base de la Sécurité sociale pour les branches assurance maladie et vieillesse

Filassistance intervient en cas de Litige opposant le bénéficiaire à un organisme de sécurité sociale d'assurance maladie, vieillesse ou prévoyance, relatif à :

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

## 2. Montants garantis

La prise en charge maximale de Filassistance est limitée à 10 000 euros par litige quel que soit le stade des démarches (amiables ou contentieuses) ou de la procédure (première instance, appel, cassation, etc.) et le nombre d'adversaires mis en cause par le bénéficiaire dans le cadre de ce Litige, étant précisé que :

- **procédure amiable** : la prise en charge par Filassistance des frais d'honoraires, d'actes et de procédure engagés dans le cadre d'un litige garanti est limitée à **765 euros par litige** et ne peut pas dépasser les plafonds de garantie suivants :

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

- **Mode alternatif de règlement des différends (MARD)**

Prestations garanties dans le cadre d'un MARD	Prise en charge (TTC) maximum par litige
Conciliation ordonnée par le juge	Frais et honoraires de l'avocat à hauteur de <b>300 €</b>
Médiation conventionnelle	Honoraires du médiateur à hauteur de <b>500 €</b> , <b>à l'exclusion des honoraires d'avocats</b>
Procédure participative par avocat	Frais et honoraires de l'avocat à hauteur de <b>400 €</b>

- **Procédure contentieuse** : la prise en charge par Filassistance des frais d'honoraires, d'actes et de procédure engagés dans le cadre d'un litige

Prestations garanties dans le cadre d'une procédure contentieuse	Prise en charge (TTC) maximum par litige
Assistance de l'adhérent pour la constitution du dossier, l'élaboration de l'argumentation et la discussion avec l'adversaire	350 €
Tierce personne	350 €
Expertise judiciaire	2 300 €
Établissement d'une transaction	500 €
Constat d'huissier	350 €
Requête en injonction de faire ou de payer	500 €
Procédure d'urgence (référé)	600 €
Référé expertise - Référé provision	750 €
Tribunal d'instance	750 €
Ordonnance du juge de la mise en état	500 €
Tribunal de grande instance	1 000 €
Tribunal administratif	1 000 €
Tribunal des affaires de Sécurité sociale	750 €
Tribunal du contentieux de l'incapacité	1 000 €
Tribunal de police (avec ou sans constitution de partie civile)	1 000 €
Tribunal correctionnel (avec ou sans constitution de partie civile)	1 000 €
Autres juridictions ou commissions	750 €
Procédure d'appel	1 000 €
Pourvoi en cassation	1 850 €
Pourvoi devant le Conseil d'État	1 700 €
Voies d'exécution d'une décision	600 €

## 3. Définitions

Pour l'application des garanties, on entend par :

### CRCI

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

### Professionnel de santé

Médecin, chirurgien, sage-femme, dentiste, ostéopathe, chiropracteur, pharmacien et préparateur en pharmacie, auxiliaires médicaux, infirmier, masseur kinésithérapeute, électro-cardiologue ou diététicien.



### Tiers (ou adversaire)

Il s'agit de la personne physique ou morale à laquelle le bénéficiaire est opposé dans le cadre du litige et qui n'a pas la qualité de bénéficiaire au titre de ce contrat. Filassistance (et son gestionnaire) et SwissLife Prévoyance et Santé n'ont pas la qualité de tiers dans le cadre de ce contrat.

### Litige

Situation conflictuelle causée par un événement préjudiciable opposant le bénéficiaire à un (des) tiers (professionnel de santé ou établissement de soins, organisme de Sécurité sociale) ayant pour conséquence directe et exclusive l'un des événements visés aux paragraphes 1.1 et 1.2 et conduisant le bénéficiaire à faire valoir un droit contesté.



### Mode alternatif de règlement des différends (MARD)

Voie alternative de résolution amiable des litiges regroupant la conciliation, la médiation et la procédure participative.

**La garantie de Filassistance s'exerce dans le cadre de tout litige visé aux 1.1 et 1.2 et relevant de la compétence territoriale et matérielle des juridictions françaises.**

## 4. Mise en œuvre de la garantie protection juridique

Dans le cadre d'un litige garanti, Filassistance et son gestionnaire interviennent aux côtés du bénéficiaire afin de lui permettre de faire valoir ses droits et de prendre toutes mesures de nature à préserver ses intérêts légitimes. À cette fin et selon la formule retenue, Filassistance et son gestionnaire lui fournissent les prestations suivantes **dans les limites mentionnées à l'article 2** :

- avis et conseil sur les moyens juridiques les plus adaptés en vue d'une solution respectueuse de ses intérêts ;
- assistance (ou représentation) du bénéficiaire dans ses démarches amiables : Filassistance et son gestionnaire l'aident notamment à constituer son dossier, à rassembler les éléments de preuve, à formuler sa réclamation, à mener la négociation avec son adversaire en vue d'une solution amiable ;
- si nécessaire, orientation vers tout expert et prise en charge de ses honoraires ;
- en cas d'échec de la voie amiable préalable, représentation des intérêts du bénéficiaire par un avocat devant la juridiction compétente ou mode alternatif de règlement des différends (conformément à la loi de programmation de la justice 2018-2022).

## 5. Déclaration

Le bénéficiaire doit adresser sa déclaration par écrit au **GIE CIVIS – Service déclaration de litige – 90, avenue de Flandre, 75019 Paris**, agissant pour le compte de Filassistance, dès qu'il a connaissance du litige ou du refus opposé à une réclamation dont il est l'auteur ou le destinataire, conformément à l'article L. 113-2 du Code des assurances, en communiquant immédiatement et ultérieurement, à la demande du GIE CIVIS, toutes pièces, informations, justificatifs ou éléments de preuve nécessaires à la vérification des garanties, à la localisation du tiers, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution. Dans tous les cas, le bénéficiaire doit déclarer son **sinistre dans un délai de 60 jours à compter de sa connaissance** sauf cas fortuit ou de force majeure et, en tout état de cause avant toute initiative de sa part.

Cette déclaration devra parvenir à Filassistance avant tout engagement d'action judiciaire et avant toute saisine d'un mandataire (avocat, huissier, expert...), **sauf mesures conservatoires urgentes et appropriées. Dans le cas contraire, Filassistance serait fondée à ne pas prendre en charge les frais et honoraires engagés sans accord préalable.**

**En cas de déclaration inexacte et de mauvaise foi sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tout élément pouvant servir à sa solution, le bénéficiaire encourt une déchéance de garantie.**

## 6. Engagement financier

Pour la mise en œuvre des prestations garanties Filassistance doit avoir été prévenue (téléphone ou fax) et avoir donné son accord préalable. **L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage d'une prestation garantie sans l'accord de Filassistance ne sera pas prise en charge, sauf si les moyens engagés sans accord préalable étaient justifiés par l'urgence.**  
**Seuil d'intervention** : Filassistance intervient dès lors que l'intérêt du litige opposant le bénéficiaire à son (ses) adversaires s'élève au minimum à :

- **200 euros TTC** pour une procédure amiable ;
- **500 euros TTC** pour une procédure judiciaire.

## 7. Choix de l'avocat

Conformément à l'article L. 127-3 du Code des assurances, Filassistance s'engage à respecter le principe du libre choix de l'avocat auquel le bénéficiaire souhaite confier la défense de ses intérêts.

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

## 8. Direction du procès

En cas de procédure contentieuse, le bénéficiaire a la direction du procès.

Filassistance et son gestionnaire demeurent à sa disposition pour fournir l'une des prestations prévues au contrat.

En cas de désaccord de Filassistance notamment sur les choix procéduraux retenus par le bénéficiaire, il sera fait application des règles exposées à l'article 10.

## 9. Remboursement des frais et honoraires

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

Si le bénéficiaire a consenti une délégation d'honoraires à l'avocat en charge de la représentation de ses intérêts, Filassistance s'engage à régler à cet avocat toute note de frais et honoraires **dans les limites prévues à l'article 2.**

## 10. Résolution de conflits

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

- soit le bénéficiaire désigne une tierce personne de son choix : nécessairement habilitée à donner des conseils juridiques, cette tierce personne aura pour mission de proposer les mesures à prendre pour régler le différend soumis à son appréciation. Filassistance s'engage à accepter la solution formulée par cette tierce personne pour régler le litige. Les frais exposés dans le cadre du recours à la tierce personne sont à la charge de Filassistance **dans la limite prévue à l'article 2 (cf. « Tierce personne »)** ;
- soit le bénéficiaire engage à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par l'assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, Filassistance l'indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, **dans la limite du montant de la garantie.** Lorsque la procédure visée au premier alinéa de cet article est mise en œuvre, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie d'assurance et que le bénéficiaire est susceptible d'engager en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur.

## 11. Exclusions

Sont exclus de la présente garantie :

- les litiges nés en dehors de la période couverte par le présent contrat ;
- les litiges dont le fait générateur était connu du bénéficiaire à la date d'adhésion et qui présentait à cette même date une forte probabilité de survenance ;
- les litiges survenus en raison de la faute intentionnelle ou de l'acte frauduleux du bénéficiaire ;
- les litiges survenus en raison de la complicité du bénéficiaire à un acte frauduleux ;
- les litiges non visés aux articles 1.1 et 1.2) ;
- les éventuelles condamnations au titre des procédures non contentieuses engagées ;
- les litiges ayant pour origine une atteinte aux biens du bénéficiaire ;
- les litiges ayant pour origine une catastrophe naturelle ;
- les litiges ayant pour origine une guerre civile ou étrangère, une émeute, un mouvement populaire, une manifestation, un attentat, un acte de vandalisme, de sabotage ou de terrorisme ;
- les litiges impliquant la mise en cause de la responsabilité civile professionnelle du bénéficiaire ;
- les litiges consécutifs à un accident de la circulation au sens de la loi du 10 juillet 1985 ;
- les litiges consécutifs à l'usage par le bénéficiaire de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ;

- les litiges ayant trait à l'indemnisation d'un risque sériel tel que l'hépatite C, la transfusion sanguine ;
- les litiges consécutifs à un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique ;
- les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes, ou à leurs essais préparatoires ;
- les litiges résultant d'un abus de droit du bénéficiaire ou les procédures ayant un caractère dilatoire ;
- les amendes et sommes de toute nature que le bénéficiaire serait condamné à payer à un tiers ;
- les frais irrépétibles et dépens du ou des adversaires qui sont mis à la charge du bénéficiaire par décision administrative ou judiciaire ou dans le cadre d'une transaction (ou tout accord amiable équivalent) ;
- les honoraires de résultat.

## 12. Paiement des indemnités

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

S'agissant des frais et honoraires (dépens et frais irrépétibles de l'article 700 du Nouveau code de procédure civile, de l'article 475-1 du Code de procédure pénale ou de l'article L 761-1 du Code de justice administrative) engagés par le bénéficiaire et Filassistance dans le cadre du litige et dont le remboursement est fixé par décision de justice, la somme sera répartie comme indiqué à l'article 9.

## D. Tableau synoptique des prestations garanties

<i>Prestations accessibles au bénéficiaire dès l'adhésion</i>	
Informations santé d'ordre général	Informations téléphoniques
Information spécifique à une pathologie	Informations téléphoniques
Prévention maladies cardiovasculaires	1 entretien maximum par année civile
Prévention de troubles musculo-squelettiques	3 entretiens maximum par année civile
<i>Prestation accessible en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant du bénéficiaire</i>	
Téléconsultation	
<i>Prestation accessible en cas de maladie ou d'accident au domicile</i>	
Transfert à l'hôpital et retour au domicile	1 aller / retour maximum par événement
<i>Prestations accessibles en cas d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours d'un bénéficiaire</i>	
Acheminement des médicaments	Avance des frais des médicaments
	Prise en charge des frais de livraison
Envoi d'un médecin	Mise en relation
<i>Prestations accessibles en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures du bénéficiaire</i>	
Plan d'aide à la convalescence	Entretiens téléphoniques
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans :	
- garde à domicile	10 heures par jour maximum pendant 2 jours maximum dans la limite de 150 € TTC par événement
- ou transfert des enfants chez un proche	1 titre de transport aller / retour
- ou venue d'un proche au domicile	1 titre de transport aller / retour
- accompagnement à l'école	10 allers / retours maximum à concurrence de 500 € TTC maximum pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile du bénéficiaire
Garde ou transfert des ascendants :	
- garde à domicile	10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum dans la limite de 150 € TTC par événement
- ou transfert des ascendants chez un proche	1 titre de transport
- ou venue d'un proche au domicile	1 titre de transport
Assistance aux animaux de compagnie	30 jours calendaires par événement

*Prestations accessibles en cas d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours ou d'hospitalisation supérieure à 48 heures d'un bénéficiaire*

Aide à domicile	30 heures maximum par événement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le début de l'hospitalisation ou la date de fin d'hospitalisation ou pendant la période d'immobilisation
Organisation de soins à domicile (infirmière, auxiliaire de vie)	Organisation sans prise en charge
Voyage et hébergement d'un proche	1 titre de transport 2 nuits à l'hôtel maximum dans la limite de 160 € TTC par événement

*Prestations accessibles en cas d'atteinte corporelle grave*

Information relatives à la maladie et au handicap	Informations téléphoniques
Prise en charge de la maladie et du handicap	Informations téléphoniques
Assistance psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum par événement
Accompagnement médico-social	Informations téléphoniques
Aide à la recherche et mise en relation avec des prestataires de santé, de services d'aide à domicile, d'associations	Informations téléphoniques
Orientation vers des prestataires spécialisés	Informations téléphoniques
Accompagnement dans les déplacements	150 € TTC par année civile
Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement ou du véhicule	Informations téléphoniques
Accompagnement budgétaire et social	Informations téléphoniques
Accompagnement personnalisé pour réenvisager son avenir professionnel	Informations téléphoniques

*Prestations accessibles lors d'un traitement de chimiothérapie ou radiothérapie ou d'une hospitalisation liée à une maladie grave de l'adhérent ou de son conjoint*

Aide à domicile	2 heures dans les 2 jours qui suivent le traitement ou la date de retour à domicile de l'adhérent ou de son conjoint, dans la limite 20 heures par année civile
Garde ou conduite à l'école des enfants âgés de moins de 16 ans : - garde à domicile	2 heures maximum par événement dans les 2 jours qui suivent le traitement ou la date de retour à domicile de l'adhérent ou de son conjoint
- ou accompagnement des enfants à l'école	2 allers / retours maximum par événement dans les 2 jours qui suivent le traitement ou la date de retour à domicile de l'adhérent ou de son conjoint
Accompagnement au diagnostic	2 entretiens téléphoniques par année civile
Aide à l'annonce du diagnostic aux proches	2 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Aide à l'organisation de la vie sociale, professionnelle pendant les soins ou un arrêt de travail long	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Accompagnement de fin de vie de l'adhérent ou de son conjoint	Informations téléphoniques
Organisation et démarches en fin de l'adhérent ou de son conjoint	1 entretien téléphonique par année civile

*Prestations accessibles en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures d'un enfant âgé de moins de 10 ans de l'adhérent ou de son conjoint*

Présence auprès de l'enfant hospitalisé ( <i>pour un enfant âgé de moins de 10 ans hospitalité à plus de 30 kilomètres du domicile</i> )	2 nuits maximum dans la limite de 160 € TTC par événement
Garde des autres enfants de moins de 16 ans : - garde à domicile	10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum dans la limite de 150 € TTC par événement
- ou transfert des enfants chez un proche	1 titre de transport
- ou venue d'un proche au domicile	1 titre de transport
- accompagnement à l'école	10 allers / retours maximum à concurrence de 500 € TTC maximum par événement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile de l'adhérent

*Prestation accessible en cas d'immobilisation supérieure à 5 jours d'un enfant âgé de moins de 16 ans de l'adhérent ou de son conjoint*

Garde de l'enfant immobilisé au domicile	10 heures maximum réparties sur 3 jours ouvrés consécutifs
--	--

*Prestation accessible en cas d'absence scolaire supérieure à 15 jours d'un enfant âgé de moins de 16 ans de l'adhérent ou de son conjoint*

École à domicile	Mise en place dès le 16 <sup>e</sup> jour Cours préparatoires à la terminale / hors vacances scolaires 10 heures maximum par semaine dans la limite de 2 000 € TTC par événement
------------------	--

### Prestations accessibles en cas de grossesse ou de maternité de l'adhérent ou de son conjoint

Information thématique santé	Informations téléphoniques
Information pratique	Informations téléphoniques
Aide à domicile (en cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 5 jours ou d'immobilisation au domicile avec alitement de plus de 2 semaines liée à sa grossesse de l'adhérent ou de son conjoint)	20 heures maximum par événement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le retour au domicile de l'adhérent ou de son conjoint ou la date de début d'immobilisation. La garantie peut être accordée 2 fois lors des hospitalisations ou des immobilisations répétées au cours de la même grossesse de l'adhérent ou de son conjoint
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans (à la suite d'une hospitalisation supérieure à 5 jours ou à l'immobilisation au domicile avec alitement de plus de 2 semaines de l'adhérent ou de son conjoint). La garantie peut être accordée 2 fois lors des hospitalisations ou des immobilisations répétées au cours de la même grossesse de l'adhérent ou de son conjoint	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- garde à domicile</li> <li>- ou transfert des enfants chez un proche</li> <li>- ou venue d'un proche au domicile</li> <li>- accompagnement à l'école</li> </ul>	20 heures maximum dans la limite de 150 € TTC par événement 1 titre de transport aller / retour 1 titre de transport aller / retour 10 allers / retour maximums à concurrence de 500 € TTC maximum par événement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile de l'adhérent
Livraison de médicaments (en cas d'immobilisation avec alitement de plus de 2 semaines liée à la maternité de l'adhérent ou de son conjoint)	Avance des frais des médicaments Prise en charge des frais de livraison
Organisation des déplacements pour examens et analyses (en cas d'immobilisation avec alitement de plus de 2 semaines liée à la maternité de l'adhérent ou de son conjoint)	1 aller / retour maximum par événement

### Prestations accessibles à l'occasion de l'accouchement

Transport jusqu'à la maternité	Prise en charge en complément des remboursements obtenus par la Sécurité sociale et la complémentaire santé
Présence d'un proche au domicile (non cumulable avec les garanties « séjour à l'hôtel d'un proche », « garde des enfants âgés de moins de 16 ans » et « aide à domicile »)	1 titre de transport
Séjour à l'hôtel d'un proche (non cumulable avec la garantie « présence d'un proche au domicile » et « aide à domicile »)	2 nuits maximum dans la limite de 80 € TTC par nuit et de 160 € TTC par événement
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans (non cumulable avec la garantie « présence d'un proche au domicile » et « séjour à l'hôtel d'un proche »)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- garde à domicile</li> <li>- ou transfert des enfants chez un proche</li> <li>- ou venue d'un proche au domicile</li> <li>- accompagnement à l'école</li> </ul>	10 heures maximum par jour pendant 2 jours dans la limite de 150 € TTC par événement 1 titre de transport aller / retour 1 titre de transport aller / retour 10 allers / retours maximum à concurrence de 500 € TTC maximum par événement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile du bénéficiaire
Aide à domicile (non cumulable avec la garantie « présence d'un proche au domicile »)	20 heures maximum par événement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le retour au domicile du bénéficiaire ou suivant la date de naissance de l'enfant
Pendant les six premiers mois suivant la naissance	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information pratique</li> <li>- Auxiliaire de puériculture (si le nouveau-né est hospitalisé pour une période supérieure à 5 jours)</li> <li>- Assistance psychologique (en cas de difficulté (baby blues, relation parent-enfant, difficultés d'organisation, etc.))</li> <li>- Aide à domicile (si le nouveau-né est hospitalisé pour une période supérieure à 5 jours et nécessite la présence du Bénéficiaire à son chevet, non cumulable avec la garantie « présence d'un proche »)</li> <li>- Garde des enfants âgés de moins de 16 ans (en cas d'hospitalisation du nouveau-né supérieure à 5 jours, non cumulable avec la garantie « présence d'un proche au domicile ». Accordée une seule fois pendant les 6 mois qui suivent la naissance)</li> <li>· garde à domicile</li> <li>· ou transfert des enfants chez un proche</li> <li>· ou venue d'un proche au domicile</li> <li>· accompagnement à l'école</li> </ul>	Informations téléphoniques 8 heures maximum par événement  3 entretiens téléphoniques maximum par événement  20 heures maximum par événement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant la date de début d'hospitalisation de l'enfant  10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum dans la limite de 150 € TTC par événement 1 titre de transport 1 titre de transport 10 allers / retours maximum à concurrence de 500 € TTC par événement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile du bénéficiaire
Présence d'un proche au domicile (en cas d'hospitalisation du nouveau-né supérieure à 5 jours, non cumulable avec les garanties « aide à domicile » et « garde des enfants âgés de moins de 16 ans »)	1 titre de transport

### Prestations accessibles en cas de projet de procréation médicalement assistée

Information médicale et pratique	Informations téléphoniques
Accompagnement psychologique (en cas de difficultés — phase de découragement, stress, gérer l'espoir, gérer ses problèmes de fertilité, préparer l'arrivée de l'enfant, relation parent – enfant des premiers mois, etc. — dans le cadre de son projet)	3 entretiens téléphoniques maximum par événement
Accompagnement médico-social	Informations téléphoniques

### Prestations accessibles en cas de projet d'adoption

Information médicale et pratique	Informations téléphoniques
Accompagnement psychologique (en cas de difficultés — phase de découragement, stress, gérer l'espoir, gérer ses problèmes de fertilité, préparer l'arrivée de l'enfant, relation parent – enfant des premiers mois, etc. — dans le cadre de son projet)	3 entretiens téléphoniques maximum par événement

## Maintien dans l'activité professionnelle

### Pour l'entreprise

Coaching (lors d'un arrêt maladie d'un collaborateur d'une durée supérieure à 6 mois) 250 € TTC maximum par événement

### Pour les salariés

Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique (lors d'un arrêt de travail en longue maladie du salarié et à son retour en poste ou lors d'un événement traumatisant ou de situation de crise)

3 entretiens téléphoniques maximum par événement

Prévention burn out

3 entretiens téléphoniques maximum par événement

Poursuite de l'activité professionnelle

– garde des enfants âgés de moins de 12 ans (en cas d'arrêt de travail supérieur à 5 jours du salarié en charge de la garde des enfants de l'adhérent ou de son conjoint)

10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum consécutifs par événement

Cette garantie est limitée à 2 fois par année civile

– garde des enfants âgés de moins de 12 ans (enfants âgés de moins de 12 ans, scolarisés en école maternelle ou primaire jusqu'au CM2 en cas de grève dans l'établissement scolaire de l'enfant de l'adhérent ou de son conjoint)

10 heures maximum sur 1 journée par événement

Cette garantie est limitée à 2 fois par année civile

## Prestations accessibles en cas de décès d'un bénéficiaire

Assistance information obsèques

Informations téléphoniques

Aide à la recherche d'un opérateur funéraire

Informations téléphoniques

Aide à l'organisation des obsèques

Informations téléphoniques

Avance de fonds

1 000 € maximum

Présence d'un proche

1 titre de transport

2 nuits maximum à l'hôtel dans la limite de 70 € TTC par nuit

Assistance aux animaux de compagnie

230 € TTC par événement

Accompagnement psychologique

3 entretiens téléphoniques maximum par événement

Aide à domicile

20 heures maximum par événement réparties sur les 15 jours ouvrés consécutifs qui suivent le décès

Garde des enfants et petits-enfants âgés de moins de 16 ans

– garde à domicile

10 heures maximum par jour pendant 2 jours maximum par événement

– ou transfert des enfants chez un proche

1 titre de transport

– ou venue d'un proche au domicile

1 titre de transport

– accompagnement à l'école

10 allers / retours maximum sur une semaine à concurrence de 500 € TTC maximum par événement pour l'ensemble des enfants et dans un rayon de 25 kilomètres maximum du domicile du bénéficiaire

Accompagnement psychologique des enfants

Entretiens téléphoniques

Aide à la vente d'un bien immobilier

Mise en relation avec les agences immobilières locales et notaires

Accompagnement médico-social

Informations téléphoniques

Bilan de situation professionnelle et aide à la recherche d'emploi

Accompagnement dans la rédaction de CV, de lettres de motivation, aide à la préparation des entretiens d'embauche et vérifie l'adéquation entre le cursus et le poste recherché  
À mettre en place dans les 3 mois qui suivent le décès

Accompagnement budgétaire et social

Informations téléphoniques

## Assistance au quotidien

Femme de ménage, aide ménagère

Mise en relation

Collecte et livraison à domicile de linge repassé

Mise en relation

Livraison de repas à domicile

Mise en relation

Préparation de repas à domicile

Mise en relation

Assistance informatique et Internet : initiation et formation

Mise en relation

Livraison de courses à domicile

Mise en relation

Petits travaux de jardinage y compris les travaux de débroussaillage

Mise en relation

Petit bricolage

Mise en relation

Cours à domicile

Mise en relation

Assistance administrative

Mise en relation

Surveillance temporaire au domicile, de la résidence principale et secondaire

Mise en relation

Garde d'enfant à domicile

Mise en relation

Soutien scolaire ou cours à domicile

– Soutien scolaire

Mise en relation

– cours à domicile

Mise en relation

Accompagnement des enfants dans leurs déplacements en dehors de leur domicile

Mise en relation

Assistance aux personnes âgées ou dépendantes ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile

Mise en relation

Assistance aux personnes handicapées

Mise en relation

Garde malade de personnes âgées, dépendantes ou handicapées

Mise en relation

Aide à la mobilité et transports de personnes âgées, dépendantes ou handicapées ayant des difficultés de déplacement

Mise en relation

Conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur les lieux de vacances, pour les démarches administratives

Mise en relation

Accompagnement des personnes âgées ou handicapées dans leurs déplacements en dehors de leur domicile

Mise en relation

Soins et promenades des animaux de compagnie, pour les personnes dépendantes

Mise en relation

Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes

Mise en relation

*Accompagnement en cas de dépendance d'un proche parent : « l'aide aux aidants »*

Service de renseignement sur la dépendance	Informations téléphoniques
Bilan prévention dépendance	Entretiens téléphoniques
Bilan prévention mémoire	Entretiens téléphoniques
Service soutien de la mémoire	Entretiens téléphoniques
Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence	Entretiens téléphoniques
Aide à la constitution de dossier	Entretiens téléphoniques
Recherche d'établissements spécialisés	Mise en relation
Recherche d'établissements temporaires	Mise en relation
Assistance déménagement	Mise en relation
Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique	Entretiens téléphoniques
Services d'assistance à la carte	Mise en relation
Téléassistance ( <i>en cas de dépendance d'un proche parent</i> )	Prise en charge des frais d'installation pour tout abonnement supérieur à 12 mois
Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement	Mise en relation
Présence d'un proche au chevet de l'aide ou garde malade ( <i>en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours de l'aidant</i> ) – venue d'un proche	1 titre de transport. Frais d'hôtel à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit dans la limite de 200 € TTC par événement 10 heures maximum par événement réparties pendant les 5 jours consécutifs qui suivent le retour au domicile
– ou garde malade	

*Assistance en cas de voyage et de déplacement en France ou à l'étranger*

*Sauf stipulation contraire, les garanties d'assistance déplacement s'appliquent en cas d'accident, de maladie ou décès du bénéficiaire survenu lors d'un déplacement à titre privé ou professionnel à plus de 50 kilomètres du domicile et pour tout séjour d'une durée inférieure à 90 jours consécutifs dans un même pays, s'il s'agit d'un déplacement à l'étranger.*

Rapatriement ou transport sanitaire du bénéficiaire malade ou blessé	Frais réels. 153 € TTC maximum pour les frais d'évacuation piste de ski (à l'exclusion des frais de recherche)
Immobilisation à l'hôtel	Dans la limite de 100 € par nuit (petits déjeuners inclus) pendant 7 nuits maximum
Mise à disposition d'un billet pour accompagner le bénéficiaire lors de son rapatriement ou transport sanitaire	1 titre de transport
Rapatriement des membres de la famille	Prise en charge du retour du conjoint, descendants directs voyageant avec le bénéficiaire malade, blessé ou décédé
Retour en cas de décès d'un proche parent	1 titre de transport
Retour en cas d'accident d'un proche parent	1 titre de transport
Présence auprès du bénéficiaire	1 titre de transport. 100 € maximum par nuit (petits déjeuners inclus) pendant 10 nuits maximum dans la limite de 700 € TTC par événement
Rapatriement du corps	Frais réels. Coût du cercueil à concurrence de 763 € TTC maximum. 1 titre de transport pour un membre de la famille. Frais d'hébergement à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit dans la limite de 700 € TTC par événement
Accompagnement des enfants âgés de moins de 15 ans	1 titre de transport
Rapatriement des animaux de compagnie	1 titre de transport. Frais d'hébergement dans la zone de résidence du bénéficiaire dans la limite de 320 € TTC maximum pour l'ensemble des animaux de compagnie et par événement
Impossibilité de conduire	1 titre de transport au profit d'un chauffeur qui peut conduire le véhicule
Avance des frais médicaux à l'étranger	30 000 € TTC maximum par événement
Remboursement complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation à l'étranger – Soins dentaires d'urgence	153 € TTC maximum par événement sous déduction d'une franchise de 16 € TTC
– Autres frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation	30 000 € TTC maximum par événement sous déduction d'une franchise de 16 € TTC
<i>(La prise en charge des frais est réalisée en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale, la mutuelle ou tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance santé)</i>	
Envoi des médicaments introuvables sur place	Prise en charge des frais d'expédition
Transmission des messages	

*Assistance juridique à l'étranger*

Honoraires d'avocat	763 € TTC maximum par événement
Caution pénale	7 623 € TTC maximum par événement
<i>(Les prestations honoraires d'avocats et caution pénale sont acquises en cas de poursuites judiciaires consécutives à une violation non intentionnelle par le bénéficiaire de la législation du pays étranger)</i>	

*Protection juridique*

Protection juridique	10 000 € TTC maximum par litige
----------------------	---------------------------------

*Swiss Life Prévoyance et Santé*

*Siège social :*

*7, rue Belgrand*

*92300 Levallois-Perret SA au*

*capital social de 150 000 000 €*

*Entreprise régie par le Code des  
assurances*

*322 215 021 RCS Nanterre*

*www.swisslife.fr*

*Filassistance International Siège  
social :*

*108, Bureaux de la Colline 92210*

*Saint-Cloud*

*SA au capital de 4 100 000 €*

*Entreprise régie par le Code des  
assurances*

*433 012 689 RCS Nanterre*

